Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida

José Ignacio Robles Sánchez
M.ª Patricia Acinas Acinas
José Luis Pérez-Íñigo Gancedo

EDITORIAL SINTESIS

Presentación

La muerte de un ser querido produce dolor en las personas cercanas; si la muerte es por suicidio, el dolor y la conmoción son inmensos.

Si, teóricamente, la vida es el don más preciado que posee el ser humano, ¿cuáles pueden ser los motivos que llevan a una persona a poner fin a su existencia? De hecho, el suicidio es ya la primera causa de muerte violenta en España, pues supera incluso el número de muertes producidas por los accidentes de tráfico.

Pero no siempre se produce la muerte tras el intento suicida. La conducta suicida puede presentarse en el curso de una enfermedad física, psiquiátrica, o como una decisión cuando se asocian multitud de estresores, impotencia y desesperanza. La consecución del objetivo de morir depende de una serie de factores que se comentan en esta obra.

En este libro se dan claves para poder actuar desde el punto de vista psicológico, con la persona en riesgo de cometer suicidio, con sus familiares (durante y después de la consumación, o no, del suicidio), se dan sugerencias de evaluación y sobre todo de intervención, basándose en los estudios disponibles de los últimos años.

Se comentan aspectos que se han tratado con menos profundidad en otros manuales como la nota suicida, la autopsia psicológica, la actuación con menores, con personas mayores, en el ámbito escolar, y la prevención que se puede llevar a cabo desde las esferas afectiva, laboral, educativa, personal y familiar.

Los autores queremos destacar la labor de todos aquellos que dedican su esfuerzo y sus conocimientos profesionales para ayudar a las personas que intentan acabar con sus vidas: los servicios de emergencias, tendiendo su mano para que se agarren a ella, y los diferentes servicios hospitalarios (urgencias, cuidados intensivos, traumatología, rehabilitación, psiquiatría, psicología, etc.) continuando con los cuidados multiprofesionales que necesitan.

También queremos recodar a aquellos familiares que han perdido a alguno de sus seres queridos de esta forma, o que tienen la incertidumbre de si volverán a intentarlo en cualquier momento y puedan llegar a lograrlo. Y a aquellos que alguna vez han intentado autolesionarse, a los que han logrado superar esa idea y a todos los que aún siguen en el esfuerzo diario, a veces titánico, de aferrarse a la vida. A los estudiantes, interesados en la ayuda a los demás. En todos vosotros pensábamos cuando redactábamos este libro.

A Fernando A.Muñoz Prieto, por su inestimable colaboración al inicio del proyecto. Gracias, Fernando.

1

Aspectos generales del suicidio

i.i. Concepto y tipificación: ideación suicida, intento de suicidio, suicidio consumado, conductas parasuicidas

Suicidio viene de dos raíces latinas: "su¡" y "caedo", matar a sí mismo. Esto nos proporciona una definición del suicido como una decisión deliberada o intencional de acabar con la vida de uno mismo. La palabra suicidio es inadecuada porque omite el papel del sufrimiento personal. El sujeto se mata a sí mismo, pero realmente lo que quiere es acabar con ese sufrimiento interminable al que no ve salida. Algunos autores proponen el cambio de la palabra suicido por la de "penacidio" que significaría matar la pena o matar el sufrimiento.

Actos instrumentales relacionados con el suicidio

Se refiere a una conducta potencialmente autolesiva en la que hay evidencia de que la persona no tiene la intención de morir sino que ésta deseaba usar la apariencia de desear quitarse la vida para obtener algo (p. ej., buscar ayuda, castigar a los demás o recibir atención) (O.Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney y Silverman, 1996, p. 34). La investigación sugiere que estas conductas están basadas en diferentes formas de intento, y los actos instrumentales relacionados con el suicidio se asocian con dificultad para regular las emociones o intentar ganar la atención a través de estas conductas pero sin intención de morir (Yen, Shea, Pagano, Sanislow, Grilos, McGlashan et al., 2003).

El fenómeno suicida engloba muy diversas realidades, que se pueden entender como comportamiento suicida, como la realización de conductas de riesgo (puenting, abuso de drogas, promiscuidad sexual...), cuando llevan aparejadas una idea de autodestrucción, consciente o no, para la persona.

Hay suicidios en los que no se detecta un claro factor desencadenante pero hay una situación adversa mantenida; en este sentido hay más trastornos psiquiátricos y más factores familiares negativos, y se emplean métodos de más alta letalidad, con peor pronóstico.

Por otro lado hay intentos de suicidio más impulsivos y menos premeditados, con un claro factor desencadenante, con métodos de menor letalidad, y cuya pretensión está más enfocada a producir un cambio en el ambiente. Aunque se aprecie un cierto componente manipulador no se debe restar importancia al intento, que se vuelva a repetir o que se consume en algún momento.

1.2. Mitos, tópicos y realidades del suicidio

Hay muchos mitos acerca del suicidio y de la conducta suicida que se transmiten de generación en generación, y que aún siguen escuchándose incluso en algún ambiente académico. Algunos ejemplos de estos mitos se plasman en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.1. Mitos sobre el suicidio (revisado y adaptado de Acinas y Muñoz, 2008, Guía de Práctica Clínica, 2011)

Mitos sobre el suicidio	*Realidad sobre el suicidio*
Hablar del suicidio puede fomentarlo. *No hay que preguntar sobre el suicidio.*	Es esencial hablar del suicidio para aliviar al individuo de la angustia de pensar en ello. Hay que mantener la comunicación abierta con una persona desesperada. Permite valorar la peligrosidad de la ideación suicida. No se puede introducir la idea de suicidio a nadie, igual que por preguntar si tiene un infarto no lo va a tener.
La gente que habla sobre el suicidio no lo lleva a cabo. *La mayoría de los suicidas no avisan.* *El que se quiere matar no lo dice.*	El 80-90% de las personas que se suicidaron habían hablado previamente de ello y el resto dejaron entrever sus intenciones. Este mito hace que se minimicen amenazas suicidas que se pueden considerar como chantajes, manipulaciones, desafíos… Alguien que habla al psicoterapeuta sobre el suicidio le da una oportunidad de intervenir antes de consumarlo. El problema es que estas frases hacen que no se preste atención a las personas que manifiestan signos implícitos
Cuando se ha realizado una tentativa suicida y la persona comienza a mejorar, puede decirse que ya no hay riesgo.	Algunos expertos sugieren que los 90 días posteriores al intento son los más peligrosos. Tras la crisis puede haber apoyo social; posteriormente va decreciendo gradualmente, con lo que aumenta el riesgo de que aparezca conducta suicida.

Mitos sobre el suicidio	*Realidad sobre el suicidio*
La gente que se suicida está loca. *Sólo se suicidan los enfermos mentales.*	Sólo un pequeño porcentaje de los suicidas son psicóticos. El suicidio no es sinónimo de enfermedad mental. Todo el que se suicida es una persona que sufre. Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población general, pero no es necesario padecer un trastorno mental para suicidarse.
La conducta suicida se hereda.	Esto lleva a creer que lo que se hereda no se puede cambiar, hay una serie de factores protectores que se pueden potenciar (habilidades de resolución de problemas, autoconfianza…) y no están determinados genéticamente. Hay más influencia ambiental que heredada en el suicidio, porque se considera el suicidio como método de resolución de problemas o asociado a un sentimiento de indefensión.
Los que se mataron realmente es porque deseaban morir. *El suicida desea morir siempre.*	Esta afirmación pretende justificar la muerte por suicidio en quienes lo intentan o lo consuman. En la mayoría de los actos suicidas hay ambivalencia respecto a la muerte: la persona desea morir si la vida continúa de la misma manera y desea vivir si se producen cambios en ella.
Si se reta a un suicida, éste no lo intenta.	El tratar de probar las fuerzas con el presunto suicida es muy peligroso; la vulnerabilidad de estas personas entraña un gran peligro cuando se les pone a prueba. Los mecanismos de adaptación han fracasado, y predominan los deseos de autodestruirse. Retar al suicida es un acto irresponsable.
El suicidio es impulsivo.	Aunque el acto sea impulsivo, la ideación suicida no lo es, requiere un proceso.
Esta persona realmente no quiere suicidarse puesto que: acaba de planificar las vacaciones, tiene niños en casa, ha firmado un contrato conductual de NO suicidio, sabe cuánto le quiere su familia…	El intento de morir puede superar cualquier idea racional. El especialista no debe disuadirlo, porque la ideación suicida del paciente puede actuar al margen de esto. Los contratos de no autolesionarse o no suicidarse han demostrado no ser válidos desde una perspectiva clínica y de gestión. Su utilidad se justifica por la fortaleza de la alianza entre el terapeuta y su paciente.
El riesgo suicida disminuye con la mejoría de la depresión.	La mejoría depresiva implica mejora de todas las iniciativas, incluida la de suicidarse. El suicidio puede ser una decisión moral.
Las conductas autolesivas múltiples y que parecen manipulativas significan que el paciente únicamente quiere llamar la atención, pero realmente no tiene intencionalidad suicida.	Los gestos suicidas requieren evaluación reflexiva y un tratamiento adecuado. Si existen intentos previos se aumenta la probabilidad de muerte. La tarea es un compromiso empático y no crítico con el paciente en la comprensión de su conducta y en la búsqueda de modos más saludables de pedir ayuda.

Mitos sobre el suicidio	*Realidad sobre el suicidio*
Sólo tienen ideación suicida los que tienen problemas graves.	La ideación suicida es universal; puede aparecer en cualquier persona.
Sólo los viejos se suicidan.	También hay suicidios en edades tempranas (niños y adolescentes) Las personas mayores realizan menos intentos autolíticos, con métodos más efectivos y mayor letalidad.
El que intenta el suicidio es un cobarde. *El que intenta el suicidio es un valiente.*	Esta frase pretende evitar el suicidio al equipararlo a una cualidad negativa de la personalidad o a una cualidad imitable. Los que intentan el suicidio no son cobardes ni valientes, son seres humanos que sufren. Los atributos personales como cobardía o valentía no se cuantifican o miden en función de las veces que alguien intenta quitarse la vida.
Si realmente alguien quiere suicidarse, no hay nada que se pueda hacer	La mayoría de las ideas suicidas están asociadas a trastornos que tienen tratamiento. Proporcionar un entorno seguro para el tratamiento de la causa subyacente puede salvar vidas. El riesgo agudo de suicidio frecuentemente tiene unos límites temporales. Si se ayuda a la persona a sobrevivir a la crisis inmediata y al intento, el resultado será más positivo.
Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.	A veces se emiten noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido. Los medios de comunicación social pueden ser un valioso aliado en la prevención, si enfocan correctamente la noticia y tienen en cuenta las sugerencias de los expertos: publicar señales de alerta de una crisis suicida, informar de los dispositivos de salud mental, divulgar grupos de riesgo y medidas sencillas que permitan saber qué hacer en caso de riesgo de suicidio.

1.3. Epidemiología del suicidio en España y en el mundo

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se suicidan nueve personas al día, siendo la incidencia en los hombres (78,31%) tres veces superior que en las mujeres (22,56%). A través de la Guía de Práctica Clínica (GPC) recientemente publicada se pretende ayudar a la toma de decisiones sobre el manejo de estos pacientes, a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y, en consecuencia, a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

El suicidio se cobra un millón de vidas cada año en todo el mundo. Ellis y Rutherford (2008) indican que el suicidio es el responsable de la mitad de muertes violentas en el mundo, superando al homicidio y a la guerra combinados como causa de muerte.

La tendencia al suicidio varía según las culturas. Los países del sur de Europa tienen

las tasas más bajas de suicidios (España e Italia), mientras que Escandinavia y los países centroeuropeos (Hungría, Dinamarca y Austria) tienen las tasas de suicidios más altas.

En Estados Unidos, cerca de 30.000 personas se suicidan al año, y se estima que hay diez veces más intentos de suicidio cada año en este país. La ideación suicida se ha estimado en un 2,3% en EE UU para los sujetos entre los 18 y los 54 años. El 28% de este grupo vulnerable ha hecho un plan para matarse y el 32% de estos sujetos ha realizado un intento grave de suicidarse.

Los más propensos a comprometerse en el suicidio son las personas mayores. Aproximadamente el 20% de todos los suicidios ocurren en este grupo de edad.

Implicaciones clínicas de los datos epidemiológicos en el suicidio

Se necesita un modelo integrado de conceptualización de caso que incorpore los hallazgos de la investigación epidemiológica y que incluya evaluación de riesgo actual y pasado, la presencia de trastornos comórbidos psiquiátricos y médicos, antecedentes de victimización y antecedentes de tratamiento, así como una consideración de los factores de protección presentes y futuros.

Se necesita obtener una línea temporal de la secuencia de trastornos psiquiátricos, especialmente del Trastorno de Depresión Mayor (TDM), trastornos de la conducta alimentaria, Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), y trastornos por abuso de sustancias. Es importante determinar la secuencia de cualquiera de los trastornos anteriores en la persona y el intento suicida porque la presencia de uno de ellos ya eleva el riesgo de suicidio entre 60 y 70 veces por encima del de la población general. Los trastornos psiquiátricos aparecen en aproximadamente el 90% de los suicidas, siendo los trastornos del estado de ánimo los más habituales (Cavanagh et al., 2003).

Se necesita obtener una evaluación detallada de la respuesta al tratamiento y de los factores que contribuyeron a la no adherencia al tratamiento (es decir, el nivel de desesperanza crónica, las barreras al tratamiento). Teniendo en cuenta todo lo anterior, se necesita:

1. Llevar a cabo evaluaciones rutinarias del riesgo de suicidio, en cortos periodos de tiempo, del paciente y de los factores ambientales.

2. Formar a los médicos y a otros potenciales cuidadores sobre cómo identificar, evaluar y derivar a los potenciales pacientes suicidas.

3. Intervenir precozmente en la trayectoria de la depresión y la conducta suicida.

4. Desarrollar un enfoque de tratamiento en equipo que asegure un cuidado activo, especialmente en el periodo de alto riesgo, es decir, inmediatamente después de un intento de suicidio y después del alta de los servicios psiquiátricos.

1.4. Suicidio y enfermedad mental

Se estima que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en adultos con Trastorno Depresivo Mayor es un 15% superior en pacientes psiquiátricos ingresados. Los sujetos con TDM son 22 veces más propensos a consumar el suicidio, especialmente cuando también tienen trastornos psiquiátricos comórbidos y otros trastornos médicos como trastornos psicóticos y trastornos por abuso de sustancias. La mayoría de los sujetos con TDM están en situación de alto riesgo para suicidarse durante los primeros años del curso de su enfermedad. De aquellos que intentan suicidarse, la mayoría lo hacen en los primeros tres meses de un episodio depresivo y en los cinco años siguientes a la aparición de su depresión.

Puede haber otras dificultades psicológicas relacionadas con una evolución hacia el suicidio:

-El abuso de alcohol y otras sustancias puede ser considerado como el intento de suprimir la angustia. Sólo el 20-40% de los pacientes suicidas continúa con tratamiento ambulatorio tras su hospitalización psiquiátrica. El abandono del tratamiento es otro factor de riesgo para el suicidio.

-Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tras intentos de violación, catástrofes naturales, guerras... En algunas personas también se ha observado tendencia a conductas autodestructivas. La probabilidad de suicidio se incrementa cuando el paciente depresivo tiene antecedentes de victimización y actualmente sufre de TEPT. Meichembaum, (2006) ha constatado el aumento del riesgo de suicidio entre los veteranos de guerra, especialmente en aquellos que tenían sentimientos de culpa, refugiados con antecedentes de exposición a trauma grave, víctimas de maltrato en la infancia, víctimas de violencia de género, sujetos con abuso de sustancias, víctimas de daño cerebral traumático (Kaplan y Huguet, en prensa; Simpson y Tate, 2002; Teasdale, 2006). De hecho, entre las mujeres maltratadas, del 49 al 66% tienen antecedentes de intentos de suicidio, y aproximadamente una de cada cuatro o cinco supervivientes de violación considera el suicidio en algún momento después de la agresión.

-En la esquizofrenia la tentativa puede producirse en el curso de la enfermedad. Las alucinaciones o delirios pueden empujar a formas de suicidio variopintas tales como: precipitación, ahorcadura en lugares insospechados, suicidio con hacha, autoapuñalamiento múltiple con cuchillo de cocina o tijeras... En estos casos los suicidios graves ocurren cuando las personas se están readaptando socialmente y también al salir de la institución psiquiátrica.

La ansiedad incrementa el riesgo de suicidio precoz en el curso de una depresión mayor. Rector et al. (2008) observaron que la incidencia de conductas suicidas aumenta con trastornos de ansiedad, sobre todo, combinados con un trastorno del estado de ánimo; aumentan el riesgo más que un trastorno del estado de ánimo solo. Los niveles estables de desesperanza también incrementan el riesgo a largo plazo.

Rector et al. (2008) indican que el riesgo de suicidio es mayor en los puntos de transición. Los porcentajes de suicidio son más prevalentes en el primer mes tras el ingreso en prisión; o en la primera semana de un ingreso psiquiátrico; y los suicidios relacionados con el duelo ocurren inmediatamente después de la muerte del ser querido.

Las personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) que consuman el suicidio han realizado otros intentos anteriores, también aparecen otros factores de riesgo como trastorno afectivo concomitante, niveles elevados de desesperanza, antecedentes familiares de suicidios consumados o de conducta suicida, antecedentes de abuso sexual y niveles elevados de impulsividad y rasgos antisociales. La afectividad negativa era un predictor de la conducta suicida más determinante que la impulsividad. Se han encontrado factores de riesgo específicos: la impulsividad, historia de abuso de sustancias, comorbilidad con trastornos afectivos y patología dual, ideación suicida e intentos recientes de suicidio.

i.s. Perfil de las conductas suicidas

Según la OMS, cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, y cada tres segundos otra lo intenta. En algunos casos, la soledad y el aislamiento mantenidos en el tiempo, junto a la ausencia de apoyo social, actúan como precipitantes.

Las personas con manifestaciones de conducta suicida tienen unos rasgos comunes que conviene precisar. El patrón característico consiste en:

a)Pensamiento dicotómico (blanco/negro).

b)Rigidez y constricción cognitiva.

c)Perfeccionismo hacia sí y hacia los demás, con altos niveles de autocrítica.

d)Falta de especificidad en la memoria autobiográfica, vaga y general, que se ha asociado con depresión, TEPT y conducta suicida. Ellis y Rutherford (2008) destacaron que esos recuerdos inespecíficos interfieren con la solución de problemas interpersonales, porque las experiencias pasadas no pueden utilizarse para estrategias efectivas de afrontamiento actuales.

e)Deterioro de la resolución de problemas y escasa confianza en la su solución.

f)Vulnerabilidad de las experiencias percibidas en relación con ocurrencias negativas, aproximando rápidamente las adversidades que generan malestar. Esto puede influir en la desesperanza y la impotencia con expectativas negativas sobre el futuro (anticipando pocos eventos posibles o resultados, que se acompañan de incertidumbre).

Tienen un proceso rumiativo, son incapaces de imaginar alternativas o considerar nuevos cursos de acción. Están más orientados al presente y ven la muerte de un modo favorable. Tienen dificultad para generar razones para vivir.

Hay ausencia de factores de protección como atracción por vivir, rechazo a la muerte, creencias de supervivencia y afrontamiento, sentido de autoeficacia personal, obje ciones morales y religiosas al suicidio, miedo a la autolesión, y sentido de responsabilidad hacia la familia.

Ejemplos de narrativas de individuos suicidas son las siguientes:

> No puedo continuar deprimido más tiempo; tengo que acabar con este dolor matándome. Schneidman (2001) denominó a este dolor emocional como psicalgia.
>
> El suicidio es la única elección que tengo. (La palabra sólo se considera una de las más peligrosas en suicidología).
>
> Mi familia estaría mejor sin mí; era una cosa sin vida, respiraba, pero nada más. Supe que todo el mundo estaría mejor si yo estuviera muerto. Acabaría con mi miseria y les liberaría de su carga. Mi muerte tiene más valor para mi familia que mi vida. Joiner (2005) y Joiner y Van Orden (2008) han destacado la percepción de ser una carga para los demás en el relato de las tendencias suicidas.

Soy un inútil y no me quieren. (Joiner, 2005, destaca un sentido frustrado de pertenencia, que contribuye a la ideación y actos suicidas). Percibe a los demás como indiferentes e insolidarios; se siente socialmente desconectado y carece de intimidad emocional.

A nadie le importa si vivo o muero. (Sentirse rechazado, marginalizado, devaluado, sin cariño, aislado, solitario y un fracasado).

No valgo nada ni merezco vivir. (La presencia de culpa y vergüenza exacerba la ideación).

Tengo un enemigo dentro y tengo que escapar. (Para Baumeister, 2004, las personas ven el suicidio como una forma de escape de sí mismas).

Tienden a exagerar el curso del tiempo de los resultados percibidos como catastróficos, y tienen un aumentado sentido de urgencia de escape y evitación.

Me odio a mí mismo. (Los sujetos suicidas tienen una memoria sobregeneralizada y tienden a recordar de forma selectiva acontecimientos negativos que contribuyen a invalidarlos).

No puedo con este problema y debería estar muerto. (Visión de túnel, inflexibilidad en la generación de alternativas, sentirse atrapado y percibir la imposibilidad de escapar).

Estaría mejor muerto que con este sufrimiento. (Intolerancia al estrés).

He perdido todo lo que me importaba. No tengo futuro. Nada va a cambiar. No tengo ninguna esperanza. (Ghahramanlou-Holloway et al., 2008, destacan el impacto de las cogniciones relacionadas con las pérdidas y el papel de los sentimientos de desesperanza y de impotencia que exacerban las tendencias suicidas).

Todos los que me han hecho daño lo sentirán. (Beneficios de venganza percibidos, deseos de culpabilizar).

El suicidio es una forma de vida para mí y no puedo detenerlo. (Kernberg, 2001).

Es necesario considerar lo que los suicidas se dicen a ellos mismos y a los demás para convencerse de que la autoaniquilación debería superar a la autopreservación.

La naturaleza de las historias de individuos que se comprometen en otras formas de suicidio (p. ej., el suicidio altruista, los terroristas suicidas, o los suicidios de fin de la vida) puede ser completamente diferente e implica conceptos de carga percibida para los demás y autosacrificio por un fin superior (Joiner y Van Orden, 2008).

1.6. Génesis y progresión de la conducta suicida

La conducta suicida siempre constituye un acontecimiento enigmático, que causa consternación, asombro, sorpresa, tanto entre las personas cercanas al suicida, como entre las personas que se enteran de lo sucedido.

El suicidio puede ser consecuencia de sentimientos de impotencia, percepción de que las dificultades corrientes son inaguantables. Entonces se producen sentimientos de desesperanza y frustración; la persona se siente incapaz de resolver su dilema y no cree que otros puedan ayudarle, por lo que en ocasiones toma una decisión "sin punto de retorno".

El proceso suicida se va gestando en la persona de manera lenta; pasa por tres fases bien definidas que implican estrategias de intervención diferenciadas para cada una de ellas. En el capítulo 4 se hablará de las estrategias que se pueden aplicar a cada una de las fases.

1. Planteamiento o ideación suicida pura. La persona se plantea la posibilidad de quitarse la vida, como solución a determinados problemas reales o aparentes, verdaderos o percibidos, a los que no ve una solución viable o próxima en el tiempo.

2. Ideación suicida ambivalente. La persona comienza a plantearse las consecuencias de suicidarse (para ella misma, o para su entorno más inmediato personal, laboral, etc.). Pasa reiteradamente de pensar en suicidarse a no hacerlo, y viceversa. Puede ser breve, poco meditado y con cierta impulsividad; se trata de una reacción de suicidio en cortocircuito. Esta fase se puede ver alterada por consumo de sustancias.

3. Decisión firme de suicidarse. La persona ha tomado la determinación inamovible de acabar con su vida. Manifiesta cierta tranquilidad, porque sus dudas se han disipado y la balanza se ha inclinado a quitarse la vida. En esta fase la intervención psicológica se hace más compleja y, a pesar de esta actuación, la persona puede acabar con su vida.

Para entender mejor cómo se avanza cuando la persona ya ha decidido firmemente suicidarse, vamos a establecer un esquema básico que nos permita entender la progresión anterior y cómo puede evolucionar el proceso de suicidio desde la ideación inicial hasta cometer suicidio o cesar en los intentos (figura 1.1).

A pesar de esto, la progresión hacia la consumación del suicidio puede interrumpirse: hay pensamientos suicidas que no se llegan a ejecutar nunca y muchos intentos autolíticos no se convierten en suicidios consumados.

Las causas de la interrupción entre el primer y el segundo paso (ideación y tentativa) serían, entre otras, convicciones morales, encuentro de otra solución a sus problemas o dificultad para idear un método letal.

Entre el segundo y tercer paso (de la tentativa al suicidio consumado) las razones que impiden la consumación son variadas:

-El mecanismo de suicidio falla, o el suicidio es malogrado por una técnica inadecuada para el fin perseguido.

-La persona es rescatada, o intervienen otras personas que evitan la progresión letal.

-Se trata de un suicidio aparente, pero la persona desea seguir viviendo. También hay suicidios considerados espontáneos, por una mala decisión en un día fatídico.

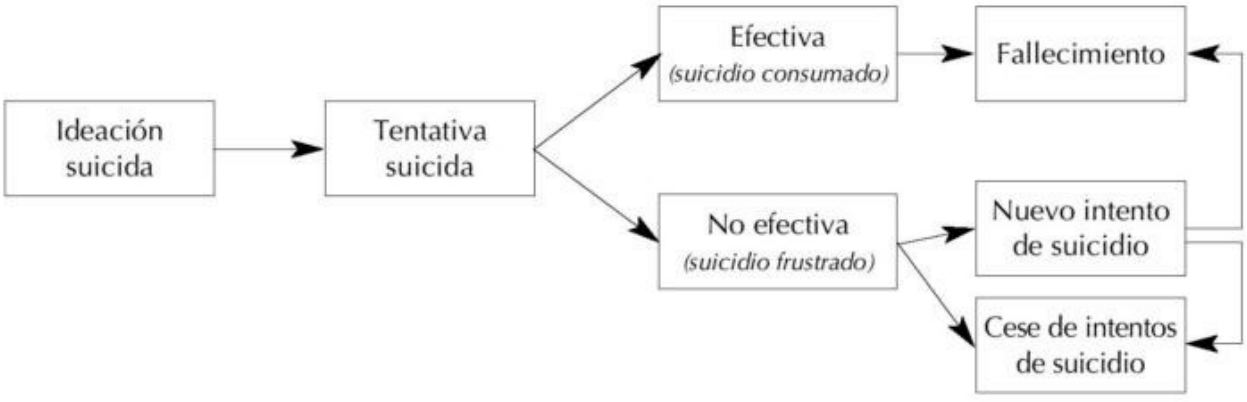

Figura 1.1. Evolución de la conducta suicida (Acinas y Muñoz, 2008).

Algunos autores establecen un cuarto eslabón y hablan de amenaza suicida (entre la ideación y la tentativa), pero este aspecto no está presente en todos los casos de suicidio, y en muchas ocasiones la amenaza suicida tiene un componente más manipulativo que

real, con lo que las probabilidades de que se ejecute la conducta suicida son, más bien, bajas. Aún así no se puede descartar conducta suicida.

La tentativa de suicidio debe tomarse como un factor de riesgo para un suicidio posterior y debe tomarse en serio siempre. Puede expresar dificultades por las que atraviesa la persona y agotamiento de sus recursos habituales, o puede convertirse en un punto de partida, un cambio vital, un bautismo de fuego, un rito de iniciación, una prueba de amor, un resurgir de las cenizas como el ave fénix, etc. En algunos intentos suicidas hay una intención purificadora con fuego o con agua. Entre las personas del mundo artístico, como por ejemplo en los poetas, hay una alta frecuencia de intentos de suicidio y de suicidios consumados; además en estos casos suelen anunciar y dejar constancia escrita de sus intenciones (Gándara, Álvarez, García, 2004).

En las manifestaciones de la conducta suicida se produce un fenómeno iceberg, en el que por cada suicidio consumado pueden existir entre 5 y 10 tentativas fracasadas. En ocasiones el suicida persiste en el mecanismo; el escritor Ángel Ganivet se tiró en dos ocasiones al río; sólo la primera vez lo sacaron del agua a tiempo.

Las personas que tienen una intencionalidad clara suelen presentar cambios en la conducta habitual (de ahí la importancia de recabar información de familiares y conocidos). Pueden ir desde abandono de la apariencia física (higiene personal, dejar de arreglarse o maquillarse cuando antes se hacía...), entrega de posesiones valiosas, aislamiento, trastornos de sueño y de apetito, incremento del consumo de sustancias psicoactivas (incluidas tabaco y alcohol), escribir notas de despedida... Algunas personas esperan que suceda algún hecho significativo (ruptura de relación afectiva o de pareja, fallecimiento de un ser querido...) para suicidarse.

La conducta suicida tiene múltiples manifestaciones, casi tantas como personas con comportamiento suicida. En ocasiones puede estar enmascarada, por ejemplo, en un accidente de tráfico (Domínguez, Sánchez y Sánchez, 2007; Acinas, 2008), o una persona que en el incendio de una vivienda no hace muchos esfuerzos por salir, usando sus propios medios. O alguien que ha sufrido intoxicación por monóxido de carbono en su vivienda o el garaje (algunos llegan a introducir el tubo de escape por la ventanilla); o situaciones más estrambóticas en las que se ha producido un escape de gas en un edificio que ha dejado varias viviendas destrozadas y una persona no se alegra mucho de ser encontrada o se resiste a salir de donde se encuentra o incluso, como plantean Mingote y Mingote (2007), el abandono del tratamiento inmunosupresor en una persona que ha recibido un trasplante de riñón.

1.7. Factores que pueden facilitar la consumación del suicidio

El suicidio sigue rodeado de un halo de estigma y secretismo. Es más frecuente en sectas religiosas ultraconservadoras que reprimen las manifestaciones violentas. Hay una relación peculiar entre violencia y suicidio, porque la tasa de suicidios disminuye durante las guerras y en situaciones de gran tensión social.

Muchos suicidas consideran el suicidio como un punto de alivio o como una opción razonable. Cuando los individuos se hallan en crisis y creen no poseer recursos adecuados, pueden ver el suicidio como una posibilidad. En personas secuestradas, como Ortega Lara, después del largo cautiverio que sufrió, se planteó el suicidio. Según Pangrazzi (2005) puede ocurrir en soldados y detenidos, pues está asociado a condiciones graves de aislamiento.

En la elección del método influye la accesibilidad al mismo, más que la consideración que tiene el presunto suicida sobre si el método es letal o no. Pueden encontrarse diferencias en la elección del método según:

-El lugar donde se produzca el suicidio: en el medio rural es más frecuente el ahorcamiento, mientras que en el medio urbano es la precipitación.

-Los aspectos culturales, que hagan que el método empleado sea considerado lícito o no. El suicidio aparece en todas las sociedades desde tiempos remotos, pero ha variado la actitud de la sociedad hacia este acto, sus formas y su frecuencia.

-Disponibilidad de los medios (p. ej., los agricultores emplean productos fitosanitarios; el personal sanitario usa medicamentos, psicofármacos o una inyección masiva de varias unidades de insulina rápida).

-Oportunidad para hacerlo. Deben darse las condiciones, estar solos, sin posibilidad de ser molestados durante el intento, y que los mecanismos para cometer el suicidio sean efectivos en la medida de lo posible.

En algunos momentos la elección del método es de alta letalidad y muy traumático, a veces asociado a trastornos de tipo psicótico. Por ejemplo, un poeta, ingresado en un hospital psiquiátrico en la provincia de Burgos, que murió desangrado tras cortarse el cuello con una lata de conservas; otros métodos incluyen hemorragias masivas con alto resultado de muerte, como un recluso, que falleció desangrado por autocastración.

Tampoco está fuera de lo corriente la existencia de mecanismos dobles, o más complejos, especialmente cuando el primer mecanismo no ha sido eficaz. Ocurre en personas que empiezan cortándose las venas, y siguen mediante otro procedimiento de

autolisis: precipitación, ahorcadura, empleo de arma de fuego o tóxico, o incluso, como describen Pérez y Mesa (1994), conducta suicida por fuego, es decir, personas que se queman a lo bonzo (aunque en nuestro ámbito no es uno de los mecanismos predilectos para consumar el suicidio).

Es fundamental tener en cuenta que el método se refiere a la seriedad del intento, y no a la seriedad de la intención, es decir, se puede tener una baja intención de suicidarse pero elegir un método altamente letal, que pueda terminar con la muerte de la persona.

Se ha encontrado que el haber intentado suicidarse antes puede indicar altas posibilidades de suicidarse durante el año siguiente a la tentativa. Según indica la FEAFES (2006), presentan mayor riesgo las personas que han vivido hechos estresantes en los tres meses previos, sobre todo, problemas interpersonales, pérdidas de seres queridos, problemas escolares, laborales, financieros (como ocurrió con los suicidios de los trabajadores de France Telecom al inicio de la crisis que comenzó en 2008), situaciones de jubilación, etc.

En personas que se encuentran en situación de duelo, aparece un riesgo mayor en fechas de aniversarios relacionados con el ser querido (día del cumpleaños de la persona fallecida, boda, fallecimiento, fecha de pérdida del trabajo, día de Navidad o el 19 de marzo, día del Padre). La coincidencia de determinadas fechas o aniversarios de la propia persona puede ser el momento elegido por el suicida para poner fin a su vida, como celebración o punto de cierre de una existencia desdichada.

La tristeza y el estado depresivo que siguen a la pérdida de un ser querido pueden conducir claramente al suicidio. Por ejemplo, un hombre viudo cuya mujer haya fallecido recientemente, a quien le resulte difícil realizar tareas cotidianas y que perciba que su vida no tiene sentido porque no está junto a su esposa, puede ser un candidato firme al suicidio.

Aunque de forma ocasional, una persona puede presentar una descompensación (ante ciertos sucesos traumáticos o patologías orgánicas) suele haber antes un conjunto de dificultades conductuales y emocionales. Cada persona tiene un umbral de control, que cuando es superado se pierde el control de los impulsos y se considera seriamente la posibilidad de quitarse la vida. También hay personas que, sin tener una intencionalidad suicida, se exponen de manera sistemática y continua a situaciones límites (conducción temeraria, colgarse de una cornisa, etc.); pueden acabar en muerte, aunque no existiera antes una intencionalidad suicida.

También, estar solo favorece momentos propicios para intentar el suicidio; por lo

tanto, estar acompañado hace que el riesgo disminuya.

Cuando la persona trata de poner en orden sus negocios, reparte pertenencias, cambia el nombre de algunas de sus propiedades, trata de despedirse de una manera más o menos clara de las personas cercanas. Si siente que lo ha terminado de hacer, hay mayores posibilidades de consumación del suicidio.

La gravedad de la depresión influye en la presencia de ideación suicida; pero el riesgo de pasar al acto está más relacionado con el grado de desesperación o, más concretamente, de desesperanza. El solapamiento se debe a que las ideas de culpabilidad y desesperación pueden hacer creer que se merece la muerte, como autocastigo, en lugar de seguir viviendo.

En ocasiones el intento suicida no responde a un deseo de muerte real, sino a la consecución de otros objetivos: chantaje, atención, autoafirmación, culpabilizar a alguien, manipulación calculada para influir o agredir a alguien, o simplemente como modo de conseguir algo. Por lo que este aspecto sería un elemento a tener en cuenta para la no consumación del suicidio.

En el cáncer, los factores precipitantes de la conducta suicida pueden ser algo distintos, según lo que postulan Navarro, Gómez y Ojeda (1997). De acuerdo con lo que indican la conducta suicida es rara en las últimas etapas de una enfermedad oncológica, pero cuando se presenta, se asocia a dolor, invalidez, cronicidad, descubrimiento de un pronóstico nefasto, miedo a la muerte o a una agonía prolongada, falta de apoyo emocional (por parte de la familia, del personal del hospital o de la comunidad) y el propio ingreso en el centro hospitalario. Por lo tanto implicaría insuficiencia de los cuidados paliativos y del soporte psicológico, o necesidad de controlar un proceso, en pacientes hipercontrol adores.

Estos autores afirman que hay mayor relación de suicidios entre pacientes con tumores genitales masculinos y tumores de mama; influye más la estructura psicológica de base que las condiciones clínicas del tumor (estadio y tipología del mismo). Se ha asociado también a determinadas localizaciones corporales, como los cánceres de cabeza y cuello, los que implican mutilaciones corporales visibles para los demás o la percepción de estigma social por padecer ese tipo de cáncer ("soy un monstruo").

A continuación se especifican, a modo de resumen, todas las posibles variables que pueden influir en la consumación del suicidio. Ninguna de las características siguientes son condición necesaria, suficiente ni imprescindible para que se produzca la conducta suicida, sólo son aspectos que se han observado con mayor relación para la consumación

del suicidio.

Cuadro 1.2. Factores que pueden facilitar la consumación del suicidio (elaboración propia)

- Impresión del suicida de que ha dejado cerrados todos los asuntos pendientes.
- Sensación de que no hay *salida* a la situación que está viviendo. Desesperación. Desesperanza.
- Soledad, aislamiento, bajo apoyo social (real o percibido).
- Decisión firme de suicidarse (3.ª fase de evolución de la conducta suicida)
- Hacer preparativos previos y *poner en orden* los asuntos, con éxito.
- Acceso a los medios para suicidarse, según el plan suicida elaborado.
- Oportunidad de poner en marcha el plan suicida, sin ningún elemento que pueda interrumpirlo.
- Suicidio de alta letalidad (ahorcamiento, precipitación desde elevada altura, arrollamiento por tren, etc.).
- Presencia de trastorno psiquiátrico concomitante.
- Consumo de sustancias asociado al intento autolítico.
- Preparación del intento de suicidio con varios posibles mecanismos de suicidio, por si uno falla (mecanismos dobles).
- No comunicar a nadie del entorno el deseo de acabar con la propia vida y el mecanismo planteado, cuando se acerca la fecha elegida (porque hay baja posibilidad de vigilancia o de rescate).
- Fechas señaladas: aniversario de pérdidas (por ejemplo, la misma fecha de fallecimiento de la esposa), situaciones traumáticas en el último año, fechas significativas para los familiares supervivientes.
- Tentativas de suicidio anteriores que no han resultado efectivas, cuando la persona incrementa la letalidad del método. Antecedentes de plan suicida.
- En suicidios colectivos (sectas) o suicidios a dos (impulsados por otra persona):
  - Confianza absoluta en la otra persona sin cuestionar la decisión de morir, ni los motivos que conducen a la misma.
  - Coincidencia en el tiempo de todos los suicidios (si se hacen en cadena, puede que no todas las personas consumen el suicidio).
- Aceptación cultural o religiosa del suicidio como método de resolver problemas o cuestiones de honor (por ejemplo, samuráis en Japón, autoinmolación de viudas en la India, suicidio por matrimonio de una mujer no virgen en algunas culturas).
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Efecto Werther/Yukiko (imitación de la conducta suicida tras un primer suicidio consumado con repercusión mediática).

r.8. Legislación existente sobre el suicidio

El suicidio implica la muerte de una persona y, por lo tanto, la lesión a uno de los bienes jurídicos más estimados: la vida (Ayala, Martí y Rodes, 2005); al mismo tiempo implica una decisión voluntaria de la persona que lo ejerce.

Desde el punto de vista médico-legal, el suicidio se define como aquella muerte resultado de una acción u omisión generada por la propia víctima (Borges, Vidal y Rubalcaba, 2006).

1.8.1. Legislaciones españolas

-Constitución Española de 1978. Podemos citar el artículo 15 de Protección del derecho a la vida y a no ser sometido a tratos inhumanos o degradantes.

-Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECRIM), porque el suicidio es una muerte violenta en la que tiene que haber intervención judicial y se ha de practicar autopsia.

-Código Penal Español de 1995 (CP). El artículo 143 no castiga el suicidio, pero sí la inducción y la ayuda a él. Para que los aspectos anteriores resulten punibles debe producirse la muerte.

Situaciones relacionadas con el suicidio que se contemplan:

-Inducción al suicidio. Es crear una voluntad suicida donde antes no existía. Se centra en la ejecución del acto suicida en sí mismo. Incurre en este delito alguien que incita directamente a una persona para que se suicide. Se comete independientemente de que la persona muera o no. Está castigado con pena de prisión de entre 4 y 8 años (CP 1995).

-Cooperación al suicidio. Consiste en cooperar o ayudar, realizando actos necesarios, para que una persona se suicide. La petición del suicida debe ser expresa, seria e inequívoca, poniendo de manifiesto su firme voluntad a morir. La colaboración puede ser física, material (aportar un objeto, realizar una conducta, etc.) o psíquica (asesorar, aconsejar, sugerir método, dar información de Internet...). Es una circunstancia modificativa de la responsabilidad penal, derivada de la comisión del delito de inducción al suicidio. Se suelen imponer penas de prisión de entre 2 y 5 años (CP 1995) y si la muerte se ejecuta las penas ascienden a 6-10 años (CP 1995).

Enalgunos casos de mobbingy de bullying (en menores) que han acabado en suicidio, se han tenido en cuenta estas dos circunstancias anteriores para pedir a los acosadores condenas por estos delitos.

-Suicidio asistido. El CP de 1995 indica que el que causare o cooperare con actos necesarios o directos a la muerte de otro, por petición expresa, seria o inequívoca

de éste, cuando la víctima sufriera una enfermedad grave que condujera necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos, permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en la inducción o cooperación al suicidio. Se trata de un asunto controvertido. Holanda fue el primer país (1992) en que se dio inmunidad legal a los médicos para practicarlo. Está despenalizado en el norte de Australia, Canadá, Colombia, EE UU (Oregón) y Suiza.

-Eutanasia. Implica hacer algo de manera intencional y consciente que directa o indirectamente acorte la vida o provoque la muerte del enfermo. No debe confundirse con actuaciones de tipo Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), que son conductas adecuadas y perfectamente legales en el ámbito de los cuidados paliativos y la bioética.

-Homicidio o asesinato. Cuando las circunstancias parecen correspondientes a un suicidio pero no se dan las dos condiciones siguientes: que el sujeto sea mayor de edad y capaz, y que la decisión no esté viciada o haya intervenido en ella, un precio o recompensa. Las tasas de suicidio y homicidio guardan una relación inversa; en los países en los que abundan los homicidios, tienen tasas bajas de suicidio.

El CP de 1995 establece una notable atenuación de la pena en algunos supuestos eutanásicos y la despenalización parcial de otros. Para que se produzca esto, es necesario:

-Gravedad de la enfermedad: que conduzca inexorablemente a la muerte del paciente en un plazo relativamente determinable, y lo que pretenda sea evitar la situación terminal. Lo determinante es el sufrimiento o dolor del enfermo (tanto en sentido físico como psicológico, de angustia de carencia de expectativas de mejora).

-Petición del enfermo expresa, inequívoca y seria.

Por todo esto, puede deducirse (Ayala et al., 2005) que al requerir cooperación activa y con actos necesarios se despenaliza la eutanasia. También hay otros aspectos difíciles de dilucidar como indican Borges, Vidal y Rubalcaba (2006), en relación con la causalidad, cuando la muerte se produce como efecto indirecto de una conducta suicida. Por ejemplo, una broncoaspiración debida a un vómito, por una ingesta de psicofármacos con fines autolíticos.

1.8.2. Internamiento involuntario en caso de riesgo suicida

Se considera una de las excepciones a la Ley de Autonomía del Paciente. Se lleva a cabo sólo si hay riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente, y no se puede conseguir una autorización.

Normalmente hay que recabar la autorización judicial, que debe ser previa al internamiento; excepto que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción. Se debe dar cuenta al juez en cuanto sea posible, pero siempre dentro de las primeras 24 h de adopción de la medida.

Cualquier facultativo puede pedir internamiento involuntario; debe ponerlo en conocimiento del Ministerio fiscal o del juez, indicando la existencia de un individuo que por riesgo a sí mismo o hacia terceras personas requiera esta medida. Es necesario un informe en que consten las razones que indiquen la necesidad de realizar ese ingreso involuntario.

1.8.3. Demandas de familiares o usuarios a los profesionales con relación a conductas suicidas

La conducta suicida en sus diversas manifestaciones es la causa más frecuente de demandas judiciales al profesional de la salud mental por mala praxis. La responsabilidad profesional que se solicita puede deberse a:

-Conducta imprudente (asumir riesgos innecesarios). Por ejemplo, fracaso en la protección o control de un paciente suicida.

-Negligencia (dejadez o descuido). Por ejemplo, no ingresar o dar de alta a un paciente que a continuación se suicida o se lesiona gravemente.

-Conducta imperita (carencia de conocimientos y experiencia). Por ejemplo, diagnóstico incorrecto del que deriva un ingreso o una detención improcedente.

El profesional sanitario tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable, y la actitud del mismo sea manifiestamente descuidada u osada. Deberá probar que tomó las medidas y precauciones adecuadas.

Cuadro 1.3. Actuaciones que pueden prevenir la demanda legal al profesional

- Valorar siempre personalmente al paciente con ideas de suicidio. No tener en cuenta sólo la demanda telefónica o la interconsulta escrita o un informe de un colega.
- Realizar una historia clínica completa y correcta.
- Informar a la familia de manera clara y adecuada, dando pautas de acompañamiento y control del tratamiento farmacológico.
- Informar del posible potencial suicida del tratamiento, al paciente y a la familia.
- Adoptar las medidas de control que se requieran: ingreso con un mayor o menor grado de vigilancia y supervisión.
- Remitir al paciente a otros profesionales cuando no se disponga de los medios o herramientas terapéuticas, para que pueda ser tratado de forma adecuada por otros profesionales o centros especializados.
- Tener en cuenta las excepciones al secreto profesional:

  • Conocimiento de la existencia de un delito.
  • Presencia de enfermedad infectocontagiosa, riesgo grave para terceras personas o para la salud pública.
  • Estado de necesidad: riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, cuando no es posible conseguir su autorización.
  • Declaración del profesional como imputado, denunciado o acusado.
  • Secreto compartido: dar información a otro compañero sobre el caso para favorecer su abordaje; incluye la inspección médica.

Resumen e ideas claves

-A mayor planificación de la idea suicida, mayor riesgo de cometer suicidio.

-Los intentos de suicidio previos son un importante predictor de suicidio futuro.

-Siempre hay que tener en cuenta cualquier indicio de conducta suicida.

-El método suicida elegido indica la seriedad del intento, no la seriedad de la intención; pero hay que tener en cuenta ambos elementos.

-La depresión, por sí misma, no siempre conduce al suicidio pero es una situación de riesgo o agravante para el mismo.

-La comorbilidad de TLP y depresión representa un factor de riesgo de suicidio.

-Una cuestión clave que debe plantearse ante un suicidio es ¿por qué ahora?

-El suicidio no es un delito, pero sí lo es la inducción al suicidio y la cooperación al mismo.

Preguntas de autoevaluación

1.El suicidio pasa por varias fases, ¿qué factor puede hacer que se interrumpa la

progresión entre la ideación y la tentativa suicida?

a)Falla el mecanismo de suicidio por una técnica inadecuada.

b)El suicida encuentra otra solución a los problemas.

c)La persona es rescatada.

d)Facilidad para idear un método letal.

e)La persona desea seguir viviendo tras el intento.

2. ¿Cuál de los siguientes aspectos puede ser un factor indicativo de consumación de la conducta suicida con elevada probabilidad?

a)Impresión del suicida de que hay muchos asuntos pendientes de cerrar.

b)Comunicar a otras personas de su entorno la intencionalidad suicida.

c)Uso de mecanismos dobles (varios métodos) en el intento autolítico.

d)Tentativas de suicidio anteriores que han resultado efectivas.

e)Intentos de baja letalidad.

3. Señala la afirmación correcta con relación al suicidio.

a)La mejoría depresiva implica mejora de todas las iniciativas, incluida la de suicidarse.

b)Las personas que dicen que se van a suicidar no lo llevan a cabo.

c)La conducta suicida se hereda.

d)Si se le reta a un suicida, no lo intentará.

e)Sólo se suicidan los viejos, en un acto de valentía.

4. ¿Cuál de las siguientes estrategias puede emplear el profesional para minimizar la posibilidad de una demanda legal?

a)Tener sólo en cuenta la demanda telefónica o la interconsulta de un colega.

b)Informar someramente al paciente y a la familia de los riesgos de suicidio.

c)Hacer una historia clínica completa y correcta.

d)Resolver la situación por sí mismo, sin tratar de pedir ayuda a otros colegas.

e)Respetar el secreto profesional aunque se conozca la existencia de un delito.

5. ¿Qué significa la palabra penacidio?

a)Morirse con pena.

b)Un tipo de suicidio en que alguien se suicida porque le da pena que otra persona muera sola.

c)Matar la pena o el sufrimiento.

d)Suicidarse delante de una persona querida para que arrastre la pena toda la vida.

e)Ninguna de las anteriores es correcta.

2

Etiología de la conducta suicida

Las conductas suicidas normalmente son el resultado de la interacción de varios factores, unos estáticos, y por tanto inmodificables, y otros dinámicos y que pueden ser objeto de intervención. Un factor importante de riesgo, que se puede reducir bajo tratamiento especializado, es la depresión. Los suicidios consumados y los intentos suicidas son frecuentes entre las personas con trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Pero también hay otros factores que influyen en la conducta suicida:

- Factores sociales
- Rasgos anómalos de la personalidad
- Experiencias traumáticas infantiles
- Enfermedades graves
- Abuso de alcohol u otras drogas
- Trastornos psiquiátricos graves

Los estudios han demostrado que determinados factores sociales (desarraigo, situaciones de pérdida o duelo, etc.), rasgos anómalos de la personalidad (mal control de los impulsos, la ira o la agresividad), experiencias traumáticas infantiles (hogares rotos, falta de figuras parentales, abusos físicos y sexuales, etc.), las enfermedades graves, sobre todo las crónicas y las asociadas a dolor, juegan un papel importante en la conducta suicida. El alcohol y otras drogas de abuso pueden incrementar la conducta impulsiva y agresiva y disminuir las barreras inhibitorias o potenciar los trastornos del estado de ánimo. Muchos de los suicidas han consumido alcohol antes del intento autolítico. Si a determinadas alteraciones de la personalidad le sumamos el abuso de alcohol u otras drogas tenemos una potencial bomba de relojería para la comisión de actos violentos, uno de ellos la conducta autodestructiva. En esta relación no podemos olvidar citar las enfermedades mentales graves, las psicosis o los trastornos de personalidad, especialmente el antisocial y el límite que, como consecuencia de su baja tolerancia a la frustración y las reacciones emocionales intensas, tienen una gran propensión a la comisión de actos suicidas.

2.1. La teoría de la conducta planificada aplicada a la conducta suicida

Los modelos cognitivos sociales sugieren que podemos identificar cuáles son los patrones predictivos de una conducta determinada y diseñar intervenciones para ayudar a modificar esas conductas (O'Connor y Armitage, 2003). Estos modelos sugieren que las actitudes no se asocian de forma directa con las conductas, pero influyen sobre las intenciones de comprometerse en esas conductas.

En la teoría de la acción razonada (Azjen y Fishbein, 1980), se contempla la intención conductual como el determinante próximo de la conducta. La intencionalidad conductual se contempla como la motivación necesaria para implicarse en una conducta concreta: cuanto mayor sea la intención de una persona (por ejemplo) de suicidarse, mayor probabilidad tiene de implicarse en este acto. El poder predictivo de la intencionalidad conductual se ha demostrado en varios metanálisis y son muchos los estudios que utilizan medidas de intención conductual como sustituto de la conducta actual, donde esas medidas serían inapropiadas o difíciles de obtener. La teoría de la conducta planificada (Azjen, 1991) amplía la teoría de la acción razonada incluyendo medidas del control conductual percibido. Azjen explica que el control conductual percibido es sinónimo del concepto de autoeficacia de Bandura (confianza en las propias capacidades). Es probable que aquellos sujetos que creen que una determinada conducta está bajo su control se impliquen en ella y la pongan en práctica.

La teoría de la conducta planificada sostiene que la intención de una persona de realizar una conducta está influida por: a) la actitud hacia esa conducta, b) las normas subjetivas relacionadas con la presión social percibida para comprometerse en esa conducta, y c) el control conductual percibido para llevar a cabo esa conducta (Azjen, 2012).

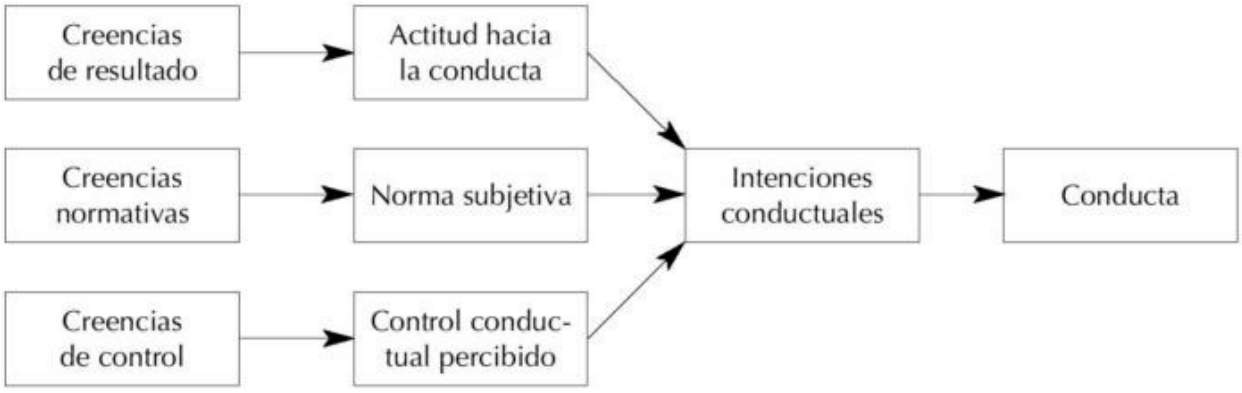

Figura 2.1. Teoría de la conducta planificada.

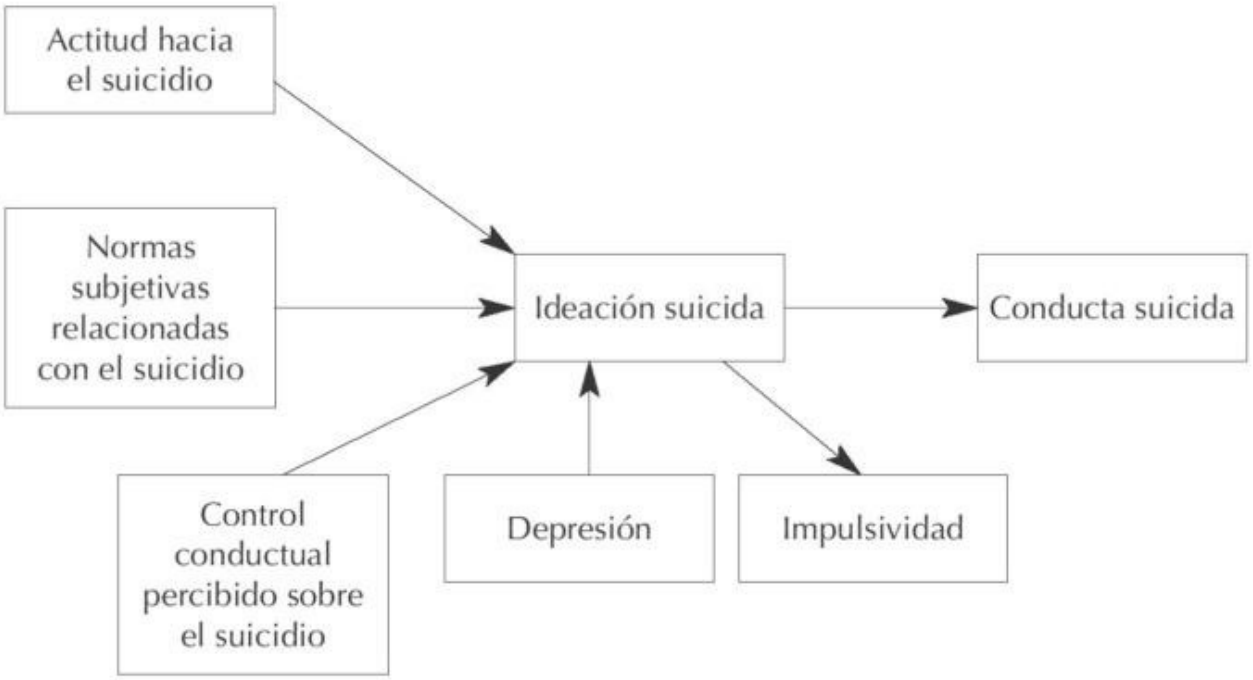

Figura 2.2. Teoría de la conducta planificada aplicada al suicidio.

2.2. Factores psicobiológicos relacionados con la conducta suicida

El concepto de conducta suicida como una entidad neurobiológica específica ha sido investigado en las pasadas décadas para tratar de identificar potenciales marcadores biológicos. Estos estudios se han realizado casi exclusivamente en población joven, recibiendo la población mayor de edad escasa atención. Esto puede ser atribuible, de forma parcial, a los inherentes y a menudo contradictorios datos sobre el efecto de la edad sobre los neurotransmisores en el Sistema Nervioso Central (SNC). La tendencia suicida implica cambios en la química y en la fisiología cerebral.

Los individuos suicidas manifiestan varios desequilibrios químicos. El más significativo es la depleción de la serotonina, un neurotransmisor que inhibe las autolesiones. Se establece un umbral neurobiológico y con aquellas personas que están próximas a este umbral o con las que ya lo han cruzado habría que plantearse instaurar tratamiento psicofarmacológico con la finalidad de restablecer el equilibrio químico.

2.2.1. Funcionamiento cerebral y neurotransmisores implicados

Los hallazgos más consistentes en la biología de la conducta suicida sugieren una disregulación del sistema serotoninérgico, demostrado por las reducciones en el líquido cefalorraquídeo (LCR) del 5-HIAA (hidroxiindolacético) evidenciado en los estudios post mórtem de los suicidas (Engström et al., 1999). Se ha encontrado que niveles bajos en el

LCFR de 5-HIAA y HVA (homovanílico) tienen valor predictivo en la perseveración de intentos suicidas tras un intento fallido.

Estudios más actuales se han centrado en el receptor 5-HT2 (Hidroxitriptófano) plaquetario que se ha encontrado incrementado entre los pacientes suicidas, independientemente del diagnóstico psiquiátrico que hayan recibido. Aparentemente, sólo un estudio se ha centrado en los marcadores biológicos de las personas mayores, encontrando concentraciones significativamente bajas en el LCFR de 5-HIAA y HVA en pacientes suicidas comparados con no suicidas y controles normales (Dones et al., 1990).

La búsqueda de los marcadores neurobiológicos del suicida se ha centrado de forma inevitable en estudios cerebrales post mórtem, por razones obvias la planificación de estudios prospectivos son impracticables y carentes de ética. Por otra parte, los estudios biológicos de aquellos que se autolesionan de forma recurrente sirven para fundamentar los argumentos de la psiquiatría biológica. No obstante, la mayoría de los esfuerzos se han dedicado a la investigación de un solo neurotransmisor, la serotonina. Esto ha sucedido por dos razones:

-En primer lugar porque la mayoría de los fármacos antidepresivos comprometen de forma directa o indirecta la función serotoninérgica y se ha realizado un esfuerzo enorme en la demostración de la alteración del funcionamiento de la serotonina en los pacientes depresivos.

-En segundo lugar, la serotonina se ha asociado con trastornos del control de los impulsos, como son la conducta antisocial, la agresividad y el abuso de alcohol y otras drogas (Dolan et al., 2001). Era opinión generalizada, que la impulsividad y la autoagresión eran los rasgos que se asociaban con la conducta suicida independientemente de si la impulsividad era subyacente a la enfermedad depresiva, la esquizofrenia, o si era una situación reactiva a un acontecimiento temporalmente delimitado.

Si la mayoría de la gente que se suicida padecía en ese momento un trastorno depresivo, la comprensión de la neurobiología de la depresión nos proporcionará información sobre las bases biológicas del suicidio. Existe una poderosa evidencia de que la función serotoninérgica se altera durante la depresión (y el control de esa alteración es el objetivo de los fármacos antidepresivos). Sin embargo, existe la misma evidencia de que hay otros factores que determinan por qué unos pacientes con el mismo nivel de depresión se suicidan y otros no. Los rasgos de impulsividad y de agresión pueden ser determinantes de capital importancia. La evidencia cada vez mayor de que la alteración de la función serotoninérgica, quizá en la corteza órbito-frontal y otras partes del cerebro

implicadas en la inhibición conductual, pueden incrementar el riesgo de llegar al intento suicida en pacientes con ideación suicida, independientemente de si están o no padeciendo depresión, esquizofrenia o trastorno de la personalidad.

Sería conveniente el estudio de una amplia muestra de cerebros post mórtem para diseccionar la vulnerabilidad neuroquímica de los actos suicidas independientemente de la vulnerabilidad a la depresión. Otro campo interesante de investigación está en la genómica funcional.

Con muestras suficientemente amplias, puede ser posible identificar los polimorfismos que afectan a la función de la serotonina, la noradrenalina y otros neurotransmiso res implicados en el ánimo, la impulsividad y los rasgos de personalidad que incrementan el riesgo de tentativas suicidas. Los estudios de neuroimagen funcional son demasiado sofisticados y caros para hacer estudios a gran escala pero pudieran ser una parte importante en la evaluación del riesgo de los vulnerables al suicido en un futuro con menor restricción económica.

2.2.2. Conducta suicida y enfermedad médica

Son muchas las enfermedades graves que pueden hacer que una persona se plantee en algún momento de su proceso morboso acabar con su vida porque las condiciones vitales derivadas de la enfermedad implican una pérdida de la dignidad y de la calidad de vida mínimamente aceptables, en su propia escala de valores personales.

Entre estas enfermedades podemos encontrar las de tipo neurodegenerativo (Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerosis Múltiple (EM), Corea de Huntington...), o enfermedades cerebrovasculares como los ictus, que pueden hacer perder el habla o producir hemiplejias (parálisis de medio cuerpo).

También podemos encontrar algún tipo de planteamiento suicida en personas que sufren las secuelas de accidentes de tráfico o laborales (paraplejias, amputaciones de miembros...), todo aquello que limita o condiciona la vida y resta autonomía a la persona y la hace depender de otros para cuestiones básicas y cotidianas.

Objeto particular de estudio son las llamadas enfermedades oncológicas. El suicidio se presenta en mayor medida en cánceres que implican mutilaciones visibles, que afectan a la identidad sexual.

La enfermedad oncológica avanzada produce en los enfermos una serie de síntomas frecuentemente molestos e invalidantes que pueden provocar gran malestar psicológico

tanto en el paciente como en la familia. En este contexto, incluso a pesar de un aceptable control sintomático, los pacientes pueden presentar ideación autolítica. Esta situación es de gran complejidad y de difícil manejo tanto para la familia como para el equipo sanitario asistencial donde confluyen cuestiones éticas, morales, espirituales-religiosas y legales. Los aspectos referidos pueden ser complementarios, pero otros no, pudiendo, de esta manera, quebrantar el principio de autonomía del paciente en la medida que los deseos personales del mismo pueden comprometer el plan de actuación del equipo sanitario que le atiende (Maté et al., 2008).

Los pacientes con cáncer tienen una incidencia de suicidios de casi el doble que en la población general y el porcentaje de suicidios varía entre los pacientes en función de la localización anatómica del tumor (Misono et al., 2008). Según la revista Annals of Oncology (2006) el perfil del paciente oncológico suicida sería el de un hombre adulto, viudo o divorciado, con un tumor avanzado de cabeza y cuello (o bien un mieloma), poco apoyo social y pocas opciones de tratamiento. En el extremo opuesto estaría una mujer afroamericana, probablemente afectada por un tumor colorrectal o ginecológico y que convive con su pareja. Para Kendal (2007) el riesgo de quitarse la vida en pacientes on cológicos era casi cinco veces superior entre los hombres. El autor sospecha que las creencias religiosas, el apoyo familiar y un rechazo cultural a la idea del suicidio podrían estar detrás del menor riesgo observado entre mujeres afroamericanas.

Desglosando el riesgo en función del tipo de tumor, los resultados también mostraron divergencias entre sexos. En el caso de las mujeres se observó un riesgo muy similar en todos los casos, excepto en los tumores de cérvix y colon que se relacionaron con una ligera reducción. Sin embargo, la mayor tendencia a suicidarse en pacientes masculinos se apreció en aquellos con tumores de cabeza y cuello, seguidos de cáncer de hígado o mieloma. Cuando las patologías son muy desfigurantes, provocan la pérdida de la voz o dificultan la deglución, pueden hacer que estos pacientes se vean aún más desesperados.

Tanto en hombres como en mujeres, la presencia de metástasis multiplicaba las probabilidades de quitarse la vida. Sin embargo, mientras los hombres tendían a hacerlo sobre todo inmediatamente después de conocer el diagnóstico, en el caso de las mujeres esta tendencia se mantenía uniforme a lo largo de todo el proceso.

Para Die Trill (2006), pese a que se sabe que las personas con cáncer tienen más factores de riesgo para el suicidio que la población general, la realidad es que no existen cifras muy exactas porque se tiende a desestimar la incidencia del problema. La mayoría de estos pensamientos suicidas están asociados a una situación de dolor mal controlado o bien a una depresión, y no es extraño que las personas con estas ideas se sientan muy

solas.

Por eso, cuando hay una enfermedad grave y aparece la ideación suicida es necesario preguntarse si hay un adecuado control del dolor, porque muchas veces cuando se pautan analgésicos ajustados a la intensidad del dolor, la ideación suicida disminuye o desaparece. La presencia de dolor hace que el paciente se plantee suicidarse como medio para acabar con un sufrimiento que prevé irreversible y sin perspectiva de mejoría en el futuro.

Cuadro 2.1. Recomendaciones para la detección y manejo de la ideación de muerte y autolítica en cáncer (Maté y González-Barboteo, 2006; Maté et al., 2008)

Empatía: establecer una auténtica relación empática con el paciente que facilite el diálogo y la expresión de emociones.
Información: explorar qué información tiene el paciente acerca de su enfermedad, tanto a nivel de diagnóstico como de pronóstico.
Malestar emocional (distrés): evaluar en qué medida los síntomas referidos por el paciente son percibidos como una amenaza a nivel biopsicosocial, espiritual y existencial.
Recursos personales: refuerzo positivo de los recursos propios del paciente y que facilitan el afrontamiento y la percepción de control.
Soporte social: evaluar el tipo de soporte externo con que cuenta el paciente (familia, amigos, etc.).
Control de síntomas: asegurar el control de síntomas, como el dolor, para atenuar la vulnerabilidad.
Psicopatología previa: antecedentes psicopatológicos personales y la historia familiar de suicidio.

Psicopatología actual: evaluación de la presencia de síntomas psicopatológicos, como depresión, desesperanza, ideación de muerte y autolítica, presencia de sintomatología psicótica.
Monitorización de la ideación autolítica: evaluar su presencia, recurrencia, intensidad, intencionalidad, planificación y ausencia de crítica.
Consulta especializada: consultar con psiquiatría ante la presencia de ideación autolítica intensa, plan elaborado y ausencia de crítica.
Acompañamiento: valorar la idoneidad de acompañamiento-vigilancia las 24 h.
Decisiones compartidas: tomar decisiones y establecer objetivos de manera consensuada siempre en equipo. Ante dificultad en la toma de decisiones consultar con el comité ético clínico o de ética asistencial correspondiente. Su opinión servirá para dar recomendaciones o reforzar la decisión tomada.
No generalizar: pensar que aunque hay unos criterios comunes para la detección y manejo del riesgo autolítico el paciente puede actuar inesperadamente siguiendo su propia idiosincrasia. Por ello hay que ser muy sensibles y específicos en la detección, para minimizar el riesgo.

2.3. Suicidio como crisis en la persona

Para Farberow (1980) el suicidio no es algo que acaba de suceder. La experiencia ha demostrado que con frecuencia es el resultado final de un proceso que se ha desarrollado

durante un periodo de tiempo. Zubin (1974) reitera la misma idea: "el suicidio es el resultado final de un proceso, no es el proceso en sí mismo".

El hecho de que aparezca alguna situación vital y se plantee la conducta suicida supone una ruptura en la persona, un desequilibrio. El suicidio es el resultado de una ruptura neurológica y psicológica. Llegar al suicidio es un proceso que comienza con una situación de estrés y dolor graves generado por una crisis vital grave. El estrés y el dolor aumentan a la vez que la crisis, o la percepción de ella, empeora. Cuando esto sucede, se deterioran el control y la autoestima. La depresión puede ser la causa o un efecto colateral del proceso.

El suicidio ocurre cuando el estrés provoca un dolor psicológico tan inmanejable que la muerte se ve como una liberación y la única salida posible. Antes de este punto el individuo está en riesgo de suicidio. Convertirse en suicida es una crisis que causa estrés traumático en la persona que piensa en suicidarse. Las creencias y los valores sociales arraigados causan que el individuo se vea estigmatizado por su propia tendencia suicida. Esta situación hace que la persona sienta vergüenza y sentimientos de culpa. Estos sentimientos le provocan alienación de sí mismo y aislamiento social, y estos pudieran ser los motivos precipitantes del acto suicida. Llegados a este punto no hay elección. El suicida es un sujeto acosado por un dolor insufrible e incapacitante. La tendencia al suicidio es un estado de dolor pleno que limita las opciones de poner fin a la agonía. En esta situación en que todo está fuera de control, la muerte se ve como la liberación.

Joiner (2006) señala que deben estar presentes dos condiciones para vencer al instinto de conservación personal. El primero es un deseo de morir causado por la pérdida del sentido de pertenencia social y la percepción de que uno es una carga para los demás. El se gundo es la capacidad para autolesionarse de forma letal que se adquiere con los intentos suicidas previos, el dolor y otros factores. Para que una persona llegue a consumar el suicidio, olvidando el instinto de autoconservación, deben estar presentes estas dos condiciones.

Aún se puede encontrar en alguna literatura especializada y quedan algunos teóricos que desafortunadamente continúan aludiendo al suicidio como un problema de elección personal. Estas teorías pueden resultar estigmatizantes puesto que niegan que aquellas personas que se ven abocadas al suicidio sean víctimas de un proceso cuyo fin escapa a su control.

En esta situación el dolor psicológico está infravalorado e infratratado. Se presta más atención a las causas que al mismo dolor. A los suicidas se les deja solos luchando contra el dolor. El dolor grave tiene el mismo impacto a nivel físico que a nivel psicológico. La

ansiedad, el insomnio, la fatiga, la depresión y la ira son componentes del dolor; lo modifican y lo agravan. El dolor intenso es destructivo. Cuando se intensifica el dolor ataca el autocontrol y la autoestima. Genera miedo y escasez de recursos de afrontamiento, lo que provoca un sentido de aislamiento y soledad profundos. Supera los mecanismos de afrontamiento y la desesperanza se abre camino.

El dolor viaja en compañía del sufrimiento. Cassell (2004) definió el sufrimiento como un estado de malestar severo inducido por la pérdida de la integridad de la persona o por una amenaza que la persona vivencia que resultará en la pérdida de su integridad. El sufrimiento es el punto de encuentro entre el dolor y el suicidio. Los suicidas y los pacientes con dolor crónico comparten la misma experiencia. El estrés recurrente y el dolor intenso disminuyen los niveles de endorfinas en el cerebro (sustancias naturales que alivian el dolor), y esto aumenta su vulnerabilidad, necesitando ser compensado. Esta es la función de la gestión y del tratamiento del dolor.

El tiempo es crítico con los suicidas. Están en peligro y puede ser cuestión de horas o días que sucumban a su condición. El alivio inmediato de su dolor es la única manera de salvar sus vidas.

Kantor, consciente del dolor que experimentan los suicidas, propone cambiar la palabra suicidio por autotristeza, ya que según él podría definir mejor la situación vivencial del suicida que decir que uno se ha matado a sí mismo. El suicida quiere salvarse a sí mismo pero quiere matar la tristeza. Para Shneidman, en casi todos los casos, el suicidio está causado por el dolor, una cierta clase de dolor, el dolor psicológico, al que llamaría psicalgia.

La atención a las situaciones de crisis debe formar parte del tratamiento de los pacientes con conducta suicida y, en la medida de lo posible, debe ser consensuado entre los distintos servicios del circuito asistencial. Además la atención a los riesgos y tentativas de suicidio es uno de los retos más importantes en la gestión de las crisis.

2.3.1. Desencadenantes de la crisis suicida

La crisis suicida es el resultado de varios factores previos que han originado el "caldo de cultivo" necesario para que se plantee algún tipo de conducta suicida.

Pueden distinguirse diversos factores de vulnerabilidad relacionados con la conducta suicida, en cualquiera de sus manifestaciones, que pueden ayudar a que ésta se genere (Freeman y Reinecke, 1995):

1. Enfermedad aguda. Cualquier enfermedad, independientemente de su gravedad, hace que la persona se sienta vulnerable.

2. Enfermedad crónica. Sobre todo en enfermedades degenerativas o con presencia de dolor; aparece impotencia ante las circunstancias de la enfermedad.

3. Envejecimiento. Implica aumento de enfermedades, disminución de la actividad, pérdidas de personas del entorno (familiares, amigos, compañeros).

4. Pérdidas personales (seres queridos, relaciones afectivas, mascotas...). Por ejemplo, una persona que ha perdido en un desastre todas sus posesiones y a sus seres queridos puede intentar suicidarse. Cualquier pérdida puede reactivar recuerdos dolorosos sobre pérdidas anteriores.

5. Soledad. La percepción de soledad (aunque uno se encuentre físicamente acompañado) o la falta de apoyo social predispone a detenerse en pensamientos suicidas. Puede estar asociado a sensación de abandono, desesperanza o desesperación.

6. Fatiga. Especialmente cuando se ha luchado contra circunstancias adversas y la persona tiene la sensación de que está perdiendo la batalla y no puede hacer nada más.

7. Nuevas circunstancias. Cuando se trata de circunstancias muy diferentes a las anteriores a las que estaba adaptado el sujeto, y éste piensa que no puede hacer frente a todos los cambios cuando son extraordinariamente drásticos.

8. Capacidad limitada de resolución de problemas. Puede ser un déficit de habilidades de afrontamiento o una incapacidad para aprender estrategias nuevas, a pesar de haber tenido la oportunidad de aprenderlas.

9. Abuso de sustancias. Cualquier consumo de sustancias continuado y exagerado puede alterar de manera significativa el funcionamiento personal de personas con diversos niveles de vulnerabilidad.

10. Agresividad. Cuando la persona se siente acosada, herida o humillada, la vida pierde parte de su sentido.

11. Escaso control de impulsos. Uno de los impulsos incontrolados puede ser el de intentar hacerse daño a uno mismo.

12. Reacciones de estrés postraumático. Tras haber vivido una situación traumática o cuando se trata de estresores complejos (trauma múltiple o complejo, o las siglas en inglés de esta entidad clínica, DESNOS).

13. Vulnerabilidad psicológica. Un individuo ansioso o depresivo es más vulnerable a la hora de interpretar negativamente los hechos y reacciones de otras personas.

En los adolescentes, los factores de riesgo vinculados al intento suicida están más relacionados con la transición adolescente (cambios en estilo de vida, pandillas, desi lusión respecto a figuras adultas, consumo de drogas), baja tolerancia a la frustración y pocas habilidades de manejo de estrés, escaso control de impulsos o agresividad, problemática familiar (pérdida de algún familiar, penurias económicas...), fracaso escolar, dificultades escolares y de adaptación a la escuela, acoso escolar (bullying); acontecimientos vitales estresantes (desengaños sentimentales o amorosos, problemas legales y disciplinarios, abusos, físicos o sexuales), incluso uso inadecuado de las nuevas tecnologías que puede conducir a contar detalles personales a desconocidos en la Red, o grabaciones con teléfono móvil de diversas conductas que produzcan intentos de extorsión o chantaje.

2.3.2. Funcionamiento cognitivo y afectivo del suicida

En cuanto a la decisión suicida y los factores asociados a la misma, resulta dificil concretar lo que ocurre realmente a nivel cognitivo y emocional en la mente de un presunto suicida. Por esta razón a los familiares les cuesta comprender y aceptar la situación que les toca vivir cuando se presenta un suicidio en la familia.

En ocasiones la víctima no logra su propósito y se produce un intento de suicidio fallido y la persona continúa con vida; para ella esto supone un estigma social y la reacción negativa de la gente que hace que, por vergüenza o porque "se confirma" la hipótesis de que merecía morirse se produzcan otros intentos posteriores que sí sean efectivos.

Según indica Cain (1972), los procesos que subyacen a nivel cognitivo en la mente del suicida son tremendamente complejos. Para este autor la persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Puede ser una carga muy pesada.

En multitud de casos, en relación con el suicidio y como una manera de determinar

sus causas, se recurre a la autopsia psicológica. Se considera como tal la reconstrucción del estado mental del presunto suicida en los momentos o días/semanas previos al suicidio para determinar si la muerte se produjo por voluntad propia o no. Se hablará más adelante en otro apartado específico sobre este tema.

Esta técnica cada vez es más empleada en las compañías aseguradoras para determinar si la muerte se produjo por accidente o si fue un suicidio, a causa de las implicaciones derivadas del pago de la indemnización del seguro a los familiares del fallecido.

Según Pérez Barrero (2006), las muertes por suicidio conllevan mayor estigmatización que el resto, mayor sentimiento de culpa, menos deseos de discutir sobre la muerte y mayor cuestionamiento sobre lo que se podía haber hecho. Esto influye específicamente en el funcionamiento familiar independientemente de si el suicidio se consuma o no.

Se ha encontrado que existe una relación entre una tasa baja en serotonina (especialmente en el lóbulo frontal) y la puesta en práctica de métodos de suicidio "agresivos" (pegarse un tiro, ahorcarse o lanzarse al vacío), también los niveles bajos en colesterol en sangre aumentan el riesgo de suicidio (la alimentación rica en colesterol aumenta la tasa de serotonina cerebral y disminuye los impulsos agresivos).

Según la OMS, en una investigación publicada en 2008, cuando surgen los pensamientos de suicidio, el factor de riesgo más importante para llevarlo a cabo está en el descontrol de los impulsos. La tendencia impulsiva-agresiva es la que inclina la balanza en muchos depresivos con pensamientos suicidas, de la imagen mental al hecho real.

2.3.3. Fases evolutivas de la conducta suicida

En el primer capítulo se ha hablado de las fases por las que pasa la conducta suicida y cómo va gestándose una conducta suicida. Vamos a focalizar en este apartado sobre los aspectos que constituyen un auténtico riesgo de consumación de suicidio cuando la idea del suicidio ya se plantea como una realidad en la persona y se está discerniendo el plan así como buscar los medios para ponerlo en marcha.

Cuando ha tenido lugar el acto suicida o el sujeto está preparado para llevarlo a cabo de forma inmediata hay que valorar cuál es el riesgo de que se consume el acto autolesivo en ese momento o en los momentos inmediatamente posteriores. La determinación del riesgo se debe hacer teniendo en cuenta (Alda, Sibina y Gago, 2006) diversos factores:

-Circunstancias de la tentativa: valorar letalidad (hay alto riesgo en arrollamiento por tren o vehículo pesado, precipitación y ahorcamiento), premeditación y posibilidades de rescate por terceras personas.

-Estado psicopatológico: hay mayor riesgo cuando aparece desesperanza, alteración del juicio de realidad y del estado de la conciencia.

-Intencionalidad: realización de comportamientos de riesgo y acceso a medios suicidas (por ejemplo, armas de fuego). Además el riesgo aumenta si hay sentimientos de culpa, con deseo inequívoco de morir.

-Actitud ante la vida y la muerte: cuando a la persona le da lo mismo estar viva que muerta, cuando la vida no tiene valor para la persona, cuando el haber vivido le ha originado sufrimiento... se incrementa el riesgo.

-El consumo de tóxicos: aumenta el riesgo autolesivo de manera paralela (adyuvante).

-Intentos previos: hay un aprendizaje de lo que funciona o lo que no, para morir; en el nuevo intento pueden "corregir errores de intentos previos".

-Apoyo familiar: si éste está ausente o no es válido para la persona.

El riesgo de suicidio es importante cuando el suicida ha planeado varios métodos al mismo tiempo o en cadena (mecanismos dobles), por si uno de ellos falla. Es un indicio claro de riesgo elevado de muerte e implicaría ingreso hospitalario, por sí solo.

2.3.4. Factores psicosociales y culturales

En el fenómeno del suicidio hay multitud de aspectos que se han considerado, casi siempre con una metodología correccional porque no se pueden establecer diseños controlados aleatorios en este tipo de fenómenos psicológicos.

La Guía de Práctica Clínica (2011) clasifica los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en individuales (variables sociodemográficas, factores genéticos y biológicos, trastornos mentales, enfermedades físicas, etc.), familiares y contextuales (antecedentes familiares suicidas, eventos estresantes, efecto contagio, etc.) y otros (historia de maltrato o abusos, etc.).

En todo el espectro de conductas suicidas pueden influir factores de tipo familiar que vamos a tratar de dilucidar en las próximas líneas, y que van a permitirnos entender

mejor por qué un suicida llega a plantearse acabar con su vida. Se conoce desde hace tiempo la frecuencia de suicidios dentro de una misma familia.

En este sentido el caso del escritor Ernest Hemingway es bastante llamativo, se suicidó en 1961 con una escopeta de doble cañón en su propia casa (había padecido alcoholismo y severas depresiones) casi un año después de recibir el premio Nobel de Literatura. Pero no fue el único miembro de la familia en suicidarse: su padre también se pegó un tiro en 1928 (por apuros financieros y salud precaria); su hermana Úrsula murió en 1966 (padecía cáncer y tenía depresiones frecuentes), cinco años después que Ernest por sobredosis de somníferos; otro de sus hermanos, Leicester, falleció en 1982 también por un disparo, de una pistola prestada (le iban a amputar una pierna por diabetes) y exactamente 35 años después que el escritor (el mismo día del mes de julio) se suicidó su nieta Margaux, modelo y actriz, que murió por una sobredosis de tranquilizantes.

Algunos pacientes con riesgo de suicidio relatan a menudo que en su familia ya se han dado casos de lo mismo, según indica Rujescu y Giegling (2010). Los parientes de las víctimas de suicidio muestran un riesgo de cometer suicidio ellos mismos cinco veces más elevado que la media del resto de los ciudadanos. Los genes no desencadenan un comportamiento suicida, pero como sucede en muchas otras formas de conducta, aparece un componente genético, cuya dimensión exacta no se conoce.

No hay pruebas de que determinados genes estén implicados, pero como indica Marshall (2009) se han valorado mecanismos de transmisión de manera indirecta, como la propensión al padecimiento de alteraciones psíquicas, que son los factores de riesgo más importantes para el suicidio (como se sabe, 9 de cada 10 personas que se quitaron la vida se encontraban en ese momento psíquicamente enfermos). Los hijos de pacientes depresivos tienen el doble de riesgo de padecer trastornos psíquicos. La doctora Weissman, de la Universidad de Colorado en Nueva York, ha demostrado que esto continúa siendo así hasta la tercera generación.

También se ha estudiado la relación herencia-ambiente: Schulsinger (1980), pionero de la corriente de investigación de los "genes suicidas", investigó los suicidios de 57 personas criadas en familias adoptivas; encontró a los padres biológicos de los fallecidos y comparó sus perfiles con los 57 adoptados suicidas. Se encontró que aunque había habido dos suicidios entre los parientes adoptivos del grupo de control, entre los parientes biológicos de los suicidas se habían quitado la vida doce personas (seis veces más que entre los familiares adoptivos). El investigador lo interpretó como un factor heredado.

En los estudios con gemelos de Fu Q. et al. (2002), si un gemelo univitelino informaba sobre la presencia de pensamientos de suicidio, en su hermano gemelo

resultaba altamente probable la presencia de fantasías similares. La relación es más clara cuando un gemelo univitelino había intentando quitarse la vida, porque entonces el riesgo en el otro gemelo se elevaba hasta situarse doce veces por encima de los valores de la población normal. En los gemelos bivitelinos los resultados eran muy independientes en lo concerniente a los pensamientos de suicidio y en lo referente a los intentos reales. Esto también confirmaría el componente genético.

Los psicólogos de la Universidad de Washington estiman que las diferencias en tendencias suicidas son achacables hasta en un 17% al efecto del genoma.

Savitz, Cupido y Ramesar (2006) remarcan que conviene saber que la herencia de las tendencias suicidas ocurre de manera paralela con la herencia de los atributos de carácter.

Hay también estudios que han relacionado el suicidio con experiencias traumáticas anteriores. Según Turecki et al. (2012), los cambios epigenéticos que aparecen en la síntesis de proteínas de determinadas regiones cerebrales de suicidas, se deben a la repercusión cerebral de experiencias penosas vividas (abusos sexuales en la niñez o abandonos). Los traumas aumentan el riesgo de suicidio. La síntesis alterada de proteínas puede ser un mediador de ese efecto.

Hemingway fue tratado con TEC (Terapia Electroconvulsiva) que dañó su memoria, por lo que le resultaba imposible seguir trabajando, lo cual le hundió más y le acercó hacia el suicidio.

2.4. Factores de riesgo

Las investigaciones clínicas sugieren que el factor de riesgo más frecuente para llevar a cabo un acto suicida es la psicopatología psiquiátrica (Joiner, Petit, Walker, Voelz, Cruz, Rudd y Lester, 2002) y que aproximadamente el 90% de las personas que se suicidan cumplen criterios diagnósticos de un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte (Connor, Duberstein, Conwell, Seidlitz y Caine, 2001). Particularmente se asocian con depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad.

Conner et al. (2001) concluyeron que se han asociado de forma consistente cinco constructos con el suicidio consumado: impulsividad/agresión, depresión, ansiedad, desesperanza y autoconciencia. En términos de predecir quién realizará un intento suicida, la literatura científica sugiere que el mejor predictor de un intento futuro de suicidio es que haya habido un intento previo (Rudd, Joiner y Rajab, 1996). Los investigadores sugieren que los niveles de depresión, perfeccionismo, desesperanza y el

grado de letalidad se ha encontrado que están asociados de forma consistente con los niveles más elevados de intentos de suicidio (Conner, 2004).

Trout (1980) revisó la literatura entre las teorías del suicidio y el aislamiento social. Concluyó que lo social estaba relacionado con las conductas suicidas y aquellos individuos que consuman el suicidio informan de altos niveles de aislamiento social y retirada social antes de sus muertes. Bagley y Ramsey (1989) concluyeron que los individuos con valores religiosos profundos tienden a informar de menos ideas suicidas. Diekstra y Kerkhof (1989) sugieren que una actitud social aprobatoria hacia el suicidio tiene influencia sobre el riesgo de intento de suicidio.

2.4.z. Factores de alarma, de riesgo y de protección para la conducta suicida

Los primeros tres signos de alarma son:

•Amenazas de hacerse daño o de matarse.

•Buscar modos de matarse, buscar acceso a píldoras, armas u otros medios.

•Hablar o escribir acerca de morir, muerte o suicidio.

La lista restante de signos de alarma deberá alertar al clínico de que es necesaria una evaluación de la salud mental en un futuro muy próximo y de que se deben tomar precauciones inmediatamente para garantizar la seguridad y la estabilidad del sujeto.

Otras conductas que pueden asociarse con el aumento del riesgo de suicidio se ven cuando el paciente hace arreglos para derivar su responsabilidad de los que dependen de él (niños, ancianos, mascotas) o prepara otros aspectos como el testamento, arreglar asuntos económicos pagando facturas, despedirse de los seres queridos, etc.

En los cuadros 2.2 y 2.3 se muestran los principales factores asociados al riesgo y a la protección del suicidio según la Guía de la APA (2004).

Cuadro 2.2. Factores asociados al riesgo de suicidio (adaptado de la Guía de la APA, 2004)

Pensamientos/Conductas suicidas

- Ideas suicidas (actuales o previas)
- Planes suicidas (actuales o previos)
- Intentos suicidas (incluidos los intentos abortados o interrumpidos)
- Letalidad de los planes o intentos suicidas
- Intento suicida

Diagnósticos psiquiátricos

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno bipolar (primariamente en episodios depresivos o mixtos)
- Esquizofrenia
- Anorexia nerviosa
- Trastorno por abuso de alcohol
- Trastorno por abuso de otras sustancias
- Trastorno de personalidad del Grupo B (particularmente el trastorno límite de personalidad)
- Comorbilidad de trastornos en el eje I y/o eje II

Enfermedades físicas

- Enfermedades del sistema nervioso
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Huntington
- Lesión cerebral y de médula espinal
- Crisis epilépticas
- Neoplasias malignas
- VIH/SIDA
- Úlcera péptica
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, especialmente en hombres (EPOC)
- Hemodiálisis crónica por fallo renal
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndromes de dolor crónico
- Deterioro funcional

Factores psicosociales

- Pérdida de apoyo psicosocial reciente (incluido el vivir solo)
- Desempleo
- Pérdida del estatus psicosocial
- Malas relaciones familiares
- Violencia doméstica de pareja
- Eventos vitales estresantes recientes

Traumas infantiles

- Abuso sexual
- Abuso físico

Efectos genéticos y familiares

- Antecedentes suicidas familiares (especialmente en familiares de primer grado)
- Antecedentes familiares de enfermedad mental, incluidos los abusos de sustancias

Factores psicológicos

- Desesperanza
- Dolor psicógeno
- Ansiedad grave

- Ataques de pánico
- Vergüenza o humillación
- Agitación psicológica
- Baja autoestima
- Vulnerabilidad narcisista extrema
- Factores conductuales
- Impulsividad
- Agresión, incluida la violencia contra los otros
- Agitación

Características cognitivas

- Pérdida de la función ejecutiva
- Visión de túnel
- Pensamiento polarizado
- Cerrazón mental

Factores demográficos

- Sexo masculino
- Viudo, divorciado, soltero, especialmente para los varones
- De edad avanzada (grupo etario con mayor proporción de riesgo suicida)
- Adolescentes y adultos jóvenes (grupos etarios con mayor número de suicidios)
- De raza blanca
- Gays, lesbianas o bisexuales

Factores adicionales

- Acceso a armas de fuego
- Intoxicación por sustancias (en ausencia de un diagnóstico formal de abuso de sustancias)
- Relación terapéutica mala o inestable.

Cuadro 2.3. Factores protectores asociados al suicidio (adaptado de la Guía APA, 2004)

- Niños en casa[a]
- Sentido de responsabilidad hacia la familia[b]
- Embarazo
- Religiosidad
- Satisfacción vital
- Habilidad para comprobar la realidad[b]
- Habilidades de afrontamiento positivas[b]
- Habilidades de resolución de problemas positivas[b]
- Apoyo social positivo
- Relación terapéutica positiva[b]

[a] Excepto entre aquellas con psicosis postparto o trastornos del estado de ánimo.

[b] Asociación con disminución de la tasa de suicidio se base en la experiencia clínica más que en la evidencia formal de investigación.

2.4.2. Factores de riesgo del suicidio en España

A pesar de que los datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística colocan al suicidio en España como la primera causa de muerte no natural y la tercera causa de muerte en la población joven (15-30 años) tras los accidentes de tráfico y los fallecimientos relacionados con procesos oncológicos, en nuestro país no existe, en la actualidad, un plan nacional de prevención del suicidio (hay algunos planes preventivos a nivel autonómico), con lo que carecemos de datos fiables sobre los factores de riesgo asociados al suicidio; aun así, los datos conocidos no difieren en gran medida de los citados en los países de nuestro entorno. En una reciente encuesta realizada a psiquiatras en todo el ámbito nacional (Rico-Villademoros E, Hernando T., Saiz J, Giner J., Bobes J., 2011), encontraron que los factores de riesgo con una mayor puntuación coinciden con los descritos en la literatura: los trastornos psiquiátricos y los intentos previos de conducta suicida. Otros factores, también descritos en la literatura, como los traumas infantiles, la capacidad cognitiva o la vulnerabilidad individual, en cambio, no son valorados de forma sistemática por los psiquiatras encuestados, refieren los autores.

Por otra parte, Baca-García (2004) en otro estudio evalúa cuáles son los factores que los psiquiatras de guardia en servicio de urgencias valoran a la hora de decidir el ingreso hospitalario por riesgo inminente de suicidio. La decisión del ingreso se asociaba con la intención de repetir el intento o que hubiera utilizado métodos letales en la intentona.

Resumen e ideas claves

> En este capítulo se revisan algunos de los factores que pueden conducir al suicidio a una persona. Aunque se ha identificado a la depresión como factor de suma importancia y presente en la mayoría de las muertes por suicidio, no es el único, postulándose en ciertas investigaciones la impulsividad como rasgo fundamental independiente de la presencia o ausencia de depresión. En consecuencia, el suicidio es el resultado final de varios factores que interactúan entre sí. Los estudios realizados con gemelos y los análisis genéticos inducen a pensar en cierto componente hereditario en la tendencia al suicidio. Estos factores parecen tener relación con la función de dos neurotransmisores (serotonina y dopamina) en el lóbulo frontal. El riesgo es doce veces mayor para los hermanos de los suicidas. No obstante, cualquier persona puede llegar al suicidio cuando se enfrenta a una situación que le produce un dolor emocional interminable e intolerable y llega a la conclusión que la única salida posible es la muerte.

Preguntas de autoevaluación

1. La teoría de la conducta planificada aplicada a la conducta suicida sugiere que ésta

depende de:

a)Las características de la conducta.

b)Las experiencias previas con respecto a esa conducta.

c)La actitud hacia esa conducta.

d)La personalidad del sujeto.

e)La influencia del entorno.

2.El bajo interés mostrado por el estudio de los marcadores biológicos del suicidio en las personas mayores se puede atribuir a:

a)Que en las personas mayores no se han detectado cambios significativos en la bioquímica cerebral.

b)Los discutibles efectos de la edad sobre los transmisores en el sistema nervioso central.

c)La mayor variabilidad neurobiológica en la población de mayor edad.

d)Que se producen los mismos cambios que en los más jóvenes pero a menor nivel.

e)No son rentables económicamente.

3.Con respecto al suicidio en los pacientes oncológicos (señale la opción incorrecta):

a)El riesgo autolítico es cinco veces mayor que en la población normal.

b)La presencia de metástasis multiplica la probabilidad de riesgo.

c)Las mujeres muestran una mayor tendencia al suicidio en el momento de recibir el diagnóstico de la enfermedad.

d)El perfil del suicida es el de un varón adulto, viudo o divorciado.

e)Los varones tendían a hacerlo sobre todo inmediatamente después de conocer el diagnóstico de la enfermedad.

4.¿Qué autor fue pionero de la corriente de investigación de los llamados "genes suicidas"?:

a)Schulsinger.

b)Fu Q.

c)Farberow.

d)Kantor.

e)Savitz.

5.¿Qué elementos tienen valor predictivo en la perseveración de las intentonas suicidas tras un intento fallido cuando sus niveles se encuentran bajos en el líquido cefalorraquídeo?

a)GABA (Gammaaminobutírico).

b)5-HIIA (Hidroxiindolacético).

c)HVA (Homovanílico).

d)Las opciones a y b son correctas.

e)Las opciones b y c son correctas.

3

Evaluación de la ideación y de la conducta suicida

3.1. Introducción

La evaluación de la ideación y de la conducta suicida es un proceso complejo que exige protocolizar y marcar una serie de pautas con el propósito de gestionar el riesgo suicida y planificar el tratamiento. La entrevista realizada por el especialista en salud mental es la pieza fundamental de este proceso. La recogida protocolizada y metódica de datos permitirá al profesional identificar los factores de riesgo y de protección del presunto suicida y establecer el tratamiento que se considere más adecuado para cada caso en particular. El especialista en la evaluación se puede servir de otras fuentes de información, solicitar el concurso de otras especialidades sanitarias y la utilización de las diferentes escalas diseñadas al uso, sin embargo, no hay que olvidar que la gran mayoría de estas escalas carecen de la necesaria validez predictiva. Según las recomendaciones de la Guía de la APA para la evaluación y tratamiento del suicidio (2004), las escalas de evaluación del suicidio pueden utilizarse como ayudas para la evaluación del suicidio, pero no deben usarse como elementos predictivos o como sustitutos de la evaluación clínica.

La evaluación del riesgo no puede basarse en un solo indicador. Se necesita combinar la entrevista clínica con las escalas de autoinforme y con medidas conductuales objetivas, realizadas sobre un proceso continuo. Por ejemplo, Bisconer y Gross (2007) resaltan la importancia de repetir la evaluación del riesgo de suicidio antes de dar el alta para tratamiento ambulatorio, puesto que el 50% de los pacientes esquizofrénicos consuman el suicidio en los tres meses del alta hospitalaria. Al tener las medidas de autoinforme de tendencia al suicidio considerables tasas de error (falsos negativos y falsos positivos), cuando se hace screening para el riesgo de suicidio es importante utilizar un procedimiento multiprueba empleando el seguimiento tras el screening inicial.

Se necesita evaluar tanto los factores de riesgo como los factores de protección que capturan la ambivalencia y el debate interno que a menudo caracterizan la mente del suicida. No es sólo la presencia de factores de alto riesgo, sino la ausencia de factores protectores lo que coloca al sujeto en una situación de alto riesgo.

Sería conveniente emplear el llamado "Modelo de Conceptualización de Caso" que incorpora ambos factores de riesgo y de protección. Los factores de protección incluyen signos de resiliencia y fortalezas individuales, familiares y culturales.

La evaluación y el feedback proporcionados al paciente suicida y a sus familiares pueden ser una forma útil de intervención psicoterapeútica.

Un protocolo de evaluación puede incorporar las fases siguientes:

-Obtener la información relativa a los factores de riesgo, los factores de protección y los signos de alarma del suicidio.

-Recoger la información relacionada con la ideación suicida del paciente, los planes, las conductas, los deseos y los intentos suicidas.

-Por último, realizar la formulación clínica basándose en las dos fases anteriores.

Las fases se podrían implementar del modo siguiente:

1.Realizar entrevistas clínicas que evalúen directamente la ideación y conductas suicidas.

2.Realizar evaluación continuada del riesgo.

3. Utilizar medidas de auto informe.

4.Evaluar los factores de protección.

5.Evaluar las posibles barreras al tratamiento:

-Las barreras individuales: estigma, vergüenza, nivel de psicopatología, grado de desesperanza, negación, abuso crónico de sustancias.

o - Las barreras sociales: actitudes sociales negativas basadas en prejuicios hacia los servicios de salud mental; ambiente con alta emoción expresada (p. ej., críticas o actuaciones que contribuyen a la recaída), grupo de iguales suicida, etc.

-Las barreras del sistema: escasez de recursos económicos y falta de seguridad; no disponibilidad de servicios; largas listas de espera; dificultad de transporte; cuidado de los niños; problemas de horarios; diferentes sistemas culturales y de valores entre el paciente y los encargados de prestarle asistencia; falta de recursos para las intervenciones a largo plazo.

6. Documentar, sobre una base continuada, los factores de riesgo y de protección y la evaluación del tratamiento y del seguimiento.

7. Finalmente, es importante realizar una evaluación no sólo del suicida, sino también realizar una evaluación ecológica del ambiente del individuo y dejarlo también documentado.

Las estrategias para llevar a cabo el protocolo de evaluación podrían ser:

1. Formas cortas de evaluación utilizando entrevistas breves (p. ej., las escalas desarrolladas por Posner et al., 2007; Ghahramanlou-Holloway et al., 2008; Joiner et al., 1997; y Rudd, 1998).

2. Entrevistas clínicas de seguimiento más detalladas para adultos (Meichenbaum, 2005; Rudd et al., 2002) y niños y adolescentes (Jacobson et al., 1994; McArthur Foundation, 2002).

3. Evaluación comprensiva colaborativa y gestión de la intencionalidad suicida ofrecida por Jobes (2006).

4. Medidas de autoinforme de intencionalidad suicida, depresión y desesperanza ofrecidas por Beck y colaboradores (Ghahramanlou-Holloway et al., 2008) y otros investigadores. Estas escalas de autoinforme deberían evaluar los factores de riesgo (ideación suicida, nivel de desesperanza y antecedentes de intentos suicidas) y los factores de protección (razones para vivir, rechazo del suicidio, apoyos sociales). Se necesita aprovechar la ambivalencia y el debate interno respecto al suicidio.

5. Resumen de los factores de riesgo y protección acompañando a la documentación.

6. Finalmente, la necesidad de llevar a cabo una evaluación ecológica.

3.2. Dificultades inherentes de la evaluación de conducta suicida

Para muchos suicidas el primer contacto con los servicios sanitarios tiene lugar en el momento del intento autolítico, que si llega a consumarse, por razones obvias, nunca llegará a producirse la derivación a salud mental. Por otra parte, el abordaje y evaluación del paciente en crisis en ambiente extrahospitalario presenta una serie de obstáculos que en muchas ocasiones son difíciles de superar.

Aunque algunos autores y en algunos países no se hacen diferencias entre riesgo

suicida y urgencia suicida, para los canadienses (Asociación Quebequesa para la Prevención del Suicidio) la urgencia suicida se refiere a la probabilidad de que una persona se suicide en un plazo de 48 horas. Esta probabilidad está en función de la crisis actual y no tiene en cuenta la historia pasada, ni los antecedentes suicidas de la persona. Puede variar enormemente de un día para otro, de hora en hora, e incluso en el curso de la intervención, de ahí la importancia de evaluar la urgencia al principio y al final de la intervención o de la entrevista. Los factores a evaluar en el momento de la urgencia son: la presencia y la frecuencia de las ideas suicidas, la presencia de un plan suicida (medios, lugar, momento) así como los indicios más inmediatos que determinarán la prioridad de la intervención como la intención de pasar al acto, la letalidad y la accesibilidad a los medios suicidas. El riesgo suicida sería cuando se ha hecho un pronóstico por un periodo de dos años y los factores asociados a su evaluación son múltiples. De hecho el suicidio es un fe nómeno complejo determinado por la interacción de varios factores interdependientes, que algunos autores agrupan en tres grandes categorías:

a)Factores ligados al individuo

-Alteraciones mentales (depresión).

-Abuso de sustancias (alcohol y drogas).

-Presencia de enfermedad física.

-Problemas adaptativos.

b)Factores ligados al medio social

-Problemas familiares.

-Antecedentes suicidas familiares.

-Problemas económicos graves.

-Aislamiento social.

c)Factores ambientales inmediatos o acontecimientos circunstanciales

-Muerte de un familiar.

-Pérdida del trabajo.

-Separación o divorcio.

-Fracaso escolar.

Con la finalidad de realizar medidas preventivas se han diseñado instrumentos para predecir el potencial suicida de una persona. Muchos de estos instrumentos incluían variables demográficas u otras variables relacionadas con antecedentes psiquiátricos y aunque útiles para identificar a algunos de los potenciales suicidas, se medían variables estáticas y por tanto no modificables bajo tratamiento por lo que su utilidad clínica queda muy limitada.

Brown (2002) realiza una revisión sistemática de las propiedades psicométricas de los instrumentos que miden la ideación y la conducta suicidas para adultos jóvenes y mayores. Seleccionó aquellos instrumentos que se dirigían hacia conductas suicidas o conductas muy próximas al riesgo suicida y los clasificó en 7 categorías:

1.Ideación y conducta suicida.

2.Letalidad de los intentos suicidas.

3.Medidas de screening breves.

4.Desesperanza.

5.Razones para vivir.

6.Actitudes y conocimientos de los profesionales hacia el suicidio.

7.Medidas en desarrollo.

Aunque el autor refiere que algunos de estos instrumentos se pueden utilizar en población infantil, nos remite a Goldston (2000), que hace una revisión de los instrumentos de medida específicos para población infantil y adolescente.

3.2.Z. Valoración del riesgo suicida inmediato y remoto

Las emergencias por trastornos conductuales son frecuentes; los objetivos de la intervención y la gestión de la emergencia son la evaluación rápida, la contención conductual y la evacuación. Se puede activar a los clínicos para gestionar una crisis suicida sola o en combinación con un cuadro de agitación y psicosis aguda. Los mecanismos que llevan a la agitación también pueden predisponer a la impulsividad, la agresión y a la psicosis. Los pacientes frecuentemente presentan alteración del estado

mental y de la conducta, con lo que la evaluación puede resultar dificil y llevar mucho tiempo. La urgencia percibida provoca premura en la evaluación diagnóstica, con lo que pueden olvidarse aspectos de capital importancia. Por otra parte, la evaluación puede complicarse aún más si cabe si el paciente presenta alteraciones cognitivas importantes debidas a su situación clínica fisica o psíquica (estrés grave); ante esta situación el profesional no basta con que sea un buen clínico, sino que en muchas ocasiones tiene que tener otra serie de habilidades. Estos pacientes necesitan un acercamiento cuidadoso y especial en base a la evaluación, el tratamiento y la derivación.

En el trato con pacientes psiquiátricos en situación de crisis, la empatía quizá sea la herramienta más útil para comprender los sentimientos de dolor, miedo, agitación y abatimiento de un paciente. Es necesario comprender que la ira representa con frecuencia un mecanismo de defensa contra emociones intolerables. La gestión inicial debería centrarse en intentar calmar al paciente a través de expresiones empáticas y a la vez firmes para establecer una relación de colaboración entre el paciente y el profesional (equipo de profesionales). Se trata de crear un ambiente seguro, carente de medios para completar el suicidio, que incluye un control estricto de la situación haciendo prevención de respuesta hasta que pueda ser trasladado a un lugar seguro y con mayor control.

3.2.2. Valoración de gestos suicidas como posible llamada de atención

El término "gesto suicida" se ha empleado de forma inconsistente de varios modos, algunos de los cuales pueden tener impacto negativo sobre la calidad de la atención que se preste a los pacientes. O'Carroll et al. (1996) y Silverman et al. (2007) se refieren al término "gesto suicida" como una clase de forma conductual de amenaza de suicidio, y no incluyen el término en las nomenclaturas recomendadas a causa de su imprecisión y sus connotaciones. Posner et al. (2007) citan razones similares para decidir contra la inclusión del término "gesto suicida" en el Algortimo de Columbia para la Clasificación para la Evaluación del Suicidio (C-CASA), citado por Heilbron et al. (2010).

Estas mismas autoras hacen una breve revisión histórica del término citando a Prudhomme (1938), que describió dos tipos de conducta suicida: la histérica o de tipo relativamente benigno en la que se hacen los intentos suicidas pero que raramente lo consiguen, y el tipo psicótico o aniquilante que es maligno. Otro autor, Fisch (1954), observa que "uno se ve pronto golpeado por la transparente insinceridad de estos intentos, que en la mayoría de los casos son simplemente gestos". Tucker y Gorman (1967) fueron más lejos cuando afirmaron que el gesto suicida era con mayor frecuencia un acto comunicativo dirigido al entorno del paciente. En otras descripciones estos mismos autores utilizan los conceptos de "insinceridad transparente", "manipulativo" y

"chantaje emocional". Eisenthal (1967) refiere que entre las primeras preguntas que nos hacemos ante la conducta de un paciente suicida están: ¿Es un intento genuino o un gesto suicida? ¿Está realmente amenazando con quitarse la vida? Si es un intento genuino implica que el paciente continúa en riesgo grave, pero si ha sido un gesto el suicidio es improbable. Para Nock y Kessler (2006) los gestos suicidas fueron definidos como una autolesión en la que no hay intencionalidad de morir, sino un intento de dar la apariencia de un intento suicida para comunicarse con los demás.

Como señalaron O'Carroll et al. (1996), la falta de uso consistente de términos para las conductas suicidas genera confusión y hace difícil la comunicación entre los profesionales, por ello y para evitar las connotaciones peyorativas del término se aconseja que no se utilice (Heilbron et al., 2010).

3.3. Métodos principales de evaluación de conducta suicida

Se procede a agrupar los instrumentos de evaluación en entrevistas y escalas y medidas de autoinforme, formando tres grandes grupos: escalas de medida de conducta (incluidos el riesgo y la impulsividad) y pensamiento e ideación suicidas, escalas de desesperanza y cuestionarios de razones para vivir. Algunas de estas escalas son aplicadas por el evaluador.

3.3.1. Entrevistas estructuradas específicas para evaluar el pensamiento y la conducta suicidas

A) Forma corta de evaluación

Algunos investigadores han desarrollado entrevistas breves para evaluar directamente la intencionalidad suicida que pueden utilizarse como herramientas de screening inicial en el proceso.

Posner et al. (2007) desarrollaron el Algoritmo de Clasificación de Columbia para la Evaluación del Suicidio (C-CASA) se ha propuesto su uso en futuros ensayos con fármacos para evaluar los posibles efectos secundarios de aumento de la intencionalidad suicida. El C-CASA evalúa la conducta y la ideación suicidas.

B) Escala de Gravedad Suicida de Columbia (C-SSRS)

La Escala de Gravedad Suicida de Columbia fue diseñada por Posner et al. (201 1) para cuantificar la gravedad de la ideación y conducta suicidas.

Preguntas para evaluar la conducta suicida:

-¿Ha hecho algo para autolesionarse porque quería acabar con su vida?

-¿Alguna vez ha comenzado a hacer algo para acabar con su vida pero alguien o algo le detuvo, o se detuvo usted mismo, antes de que realmente hiciera algo?

-¿Ha dado pasos para cometer un intento de suicidio o preparar matarse (almacenar pastillas, coger un arma, hacer regalos o escribir una nota suicida)?

Preguntas para evaluar la ideación suicida:

-¿Ha deseado estar muerto o desear dormirse y no despertar?

-¿Tiene en el momento actual pensamientos de matarse?

-¿Ha pensado sobre cómo podría hacerlo?

-¿Ha tenido alguna intencionalidad de actuar al dictado de estos pensamientos?

-¿Ha trabajado en los detalles de cómo matarse?

Ghahramanlou-Hollowayy. Brown y Beck (2008) y Joiner et al. (1999) propusieron que los clínicos pregunten por las siguientes cuestiones:

-¿Tiene actualmente pensamientos de matarse?

-¿Tiene actualmente algún deseo de matarse?

-¿Tiene algún plan específico para matarse?

-¿Intenta realizar este plan?

Este interrogatorio se continúa con preguntas sobre la frecuencia, tiempo, persistencia y actual gravedad de la ideación suicida. Si un sujeto describe un plan específico de suicidio, entonces se le debe preguntar sobre la letalidad percibida de dicho plan. Los sujetos que informan de un plan detallado que implica métodos violentos o irreversibles tienen una probabilidad significativamente mayor de alto riesgo suicida.

C) Entrevista para la Ideación Suicida, Planes y Razones para Vivir y para Morir Diseñada por Rudd (1998)

Preguntas para evaluar la frecuencia, intensidad y duración de la ideación suicida:

-¿Tiene continuamente pensamientos de acabar con su vida, pensamientos de suicidio?

-¿Con qué frecuencia piensa en el suicidio: todos los días, una o dos veces por semana, o una o más veces al mes?

-¿Ha deseado siempre estar muerto?

-¿Cuánto tiempo hace que tiene estos pensamientos (segundos, minutos)? ¿Cómo son de graves o de abrumadores? Podría cuantificarlos en una escala de 1 a 10, donde 10 es el grado mayor?

-¿Ha pensado siempre cómo intentar hacerse daño?

-¿Ha intentado hacerse daño?

-¿Ha intentado siempre suicidarse?

Preguntas para evaluar los planes específicos:

-¿Cuándo, dónde y cómo?

-¿Tiene un plan para hacerse daño?

Preguntas para evaluar la disponibilidad del método:

-¿Tiene algún método pensado? ¿Tiene acceso al método?

-¿Siente que lo tiene todo bajo control?

-¿Ha habido veces en las que se sentía fuera de control?

-¿Qué hacía?

-¿Bebía, utilizaba alguna droga?

-¿Puede puntuar en una escala de 1 a 10 cuánto control siente, donde 10 es totalmente fuera de control? (proporcionar ejemplos específicos de la frase control)

Preguntas para evaluar las razones para vivir y para morir:

-¿Tiene siempre el pensamiento de que la vida no merece la pena vivirse?

-¿Ha actuado siempre de acuerdo con estos pensamientos? ¿Qué le hace estar vivo ahora? ¿Qué le mantiene ahora? ¿Qué le mantenía en el pasado cuando tenía esos pensamientos?

Preguntas para valorar la intencionalidad suicida:

-¿Tiene alguna intención de actuar siguiendo estos pensamientos suicidas? ¿Podría puntuar su intención en una escala de 1 a 10, donde 10 quiere decir el mayor intento de actuar según lo planeado y matarse?

Preguntas en la entrevista clínica de seguimiento y preguntas suplementarias para adultos que podrían incorporarse en la evaluación del suicidio como sugieren Meichenbaum, 1995; Rudd y Joiner, 1998 y Rudd et al., 2002.

-¿Está pensando en el suicidio (matarse) en este momento?

-¿Ha pensado en el suicidio en las últimas 24 (48) horas?

-¿Esta semana ha tenido algún pensamiento de que la vida no merece la pena vivirse o de que estaría mejor muerto?

-¿Tiene estos sentimientos/síntomas de los que hemos estado hablando que le llevan a pensar que estaría mejor muerto?

-¿Es difícil hablar de lo que sucedió? ¿Podría contarme cómo llegó al punto en el que intentó suicidarse?

-Me gustaría que me dijera, con sus propias palabras, qué le condujo a intentar suicidarse.

-¿Tiene todavía pensamientos de matarse?

-¿Con qué frecuencia piensa en el suicidio: diaria, semanal o mensualmente? (la duración e intensidad predicen mejor que la frecuencia).

-¿Cuánto tiempo le duran normalmente esos pensamientos sobre el suicidio... unos pocos segundos, unos pocos minutos, horas o más?

-¿Cómo de graves, intensos o abrumadores son los pensamientos sobre el suicidio?

-¿Podría valorar la intensidad o la gravedad de sus pensamientos suicidas en una escala de 1 a 10, donde 10 es la puntuación más intensa o más grave y 1 es la menos intensa o la menos grave? ¿Dónde piensa que está en este momento en una escala de 1 (menos) a 10 (más) de intensidad de los pensamientos suicidas?

-Cuando la gente piensa en el suicidio, no es raro pensar en cómo podrían hacerlo, cuándo o dónde. ¿Ha tenido esos pensamientos? ¿Puede hablarme de ellos?

-¿Ha pensado en otros métodos o formas de suicidarse? ¿Ha tenido acceso a posibles métodos (una escopeta propia o conseguir una, tomar medicación)?

-¿Ha actuado al dictado de esos pensamientos de algún modo? ¿Ha dado algún paso en la preparación del suicidio (p. ej., adquirir un arma de fuego, escribir una nota suicida, tomar medidas para evitar ser descubierto)? (El 60% de los suicidios consumados en EE UU utilizan armas de fuego. La letalidad aumenta con las precauciones para evitar la intervención de otros).

-¿Tiene intención de seguir los dictados de sus pensamientos de suicidio?

-¿Podría valorar su intencionalidad suicida en una escala de 1 a 10, donde 10 es la mayor intención de actuar según sus ideas suicidas y 1 es la menor? ¿Dónde piensa que podría caer en este continuum siendo 1 la menor y 10 el máximo?

-¿Tiene tanto deseo de matarse que piensa que puede hacerlo?

-¿Tiene un plan para suicidarse y ha intentado llevar a cabo el plan? (¿Cómo de organizado y de específico?)

-¿Han llegado las cosas a un punto (otra vez) que ha tenido pensamientos de suicidarse?

-¿Cuándo fue la primera vez que advirtió que tenía esos pensamientos?

-¿Qué le llevó a esos pensamientos suicidas (pérdidas de personas, un sentido de pertenencia frustrado, sentirse una carga para los demás, cambios del estado de ánimo, desesperanza)?

-¿Qué cosas (acontecimientos) le llevan a desear escapar de la vida o desear estar muerto?

-¿Cuánto le ha faltado para actuar según esos pensamientos y sentimientos?

-¿Ha comenzado a lesionarse (o suicidarse), pero se ha parado antes de hacer algo? (La letalidad se incrementa cuando el plan de suicidio ha sido experimentado o practicado).

-¿Ha estado comprometido en actividades de las que pudiera resultar en alguna forma lesionado o comprometido en conductas de las consideradas de alto riesgo?

-¿Le han diagnosticado un trastorno mental en el pasado o en el momento actual? (el 90% de los suicidios consumados tenía uno o más diagnósticos DSM-IV-TR. Los trastornos comórbidos incrementan el riesgo de suicidio).

-¿Tiene algún problema médico? ¿Cuáles son y cuál es su impacto sobre usted?

-¿Qué le parece el futuro?

-¿Qué cosas pudieran hacerle sentirse más (o menos) esperanzado sobre el futuro (p. ej., tratamiento, reconciliación de alguna relación problemática, disminución de algunos estresores vitales, etc.)?

-Cuando tiene pensamientos y sentimientos suicidas, ¿quién se vuelve para prestarle ayuda?

-¿Cuáles son las razones que le hacen esperar para suicidarse?

-¿Qué motivo, si es que existe alguno, evita que ponga en marcha sus pensamientos suicidas?

-¿Cuáles son las razones para seguir viviendo? ¿Qué cosas en su vida hacen que quiera seguir vivo?

-¿Qué le retuvo en el pasado cuando tuvo pensamientos suicidas?

-¿Qué se imagina que ocurriría si actualmente se hubiese suicidado (p. ej., reacciones de escape de los demás, venganza, hacer daño a los otros, reunirse con los seres queridos muertos)?

-¿Hay alguna/s personas que piensa que pudiera/n ser responsable/s de lo que le ocurre, vive o de lo que le ocurrió? ¿Quiénes son? ¿Tiene pensamientos de hacerles daño?

-¿Hay alguna persona que le gustaría que muriese con usted?

-¿Hay alguna persona que piensa que estaría mejor si pudiese morir con usted? ¿Quién es? ¿Cómo ha llegado a esas conclusiones?

Módulo de la MINI 5.0. para el suicidio

La Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) es una entrevista diagnóstica estructurada breve que explora de manera estructurada los principales trastornos del Eje 1 del DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2000).

RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

1. ¿Ha pensado que sería mejor morirse o ha deseado estar muerto?	No	Sí
2. ¿Ha querido hacerse daño?	No	Sí
3. ¿Ha pensado en el suicidio?	No	Sí
4. ¿Ha planeado suicidarse?	No	Sí
5. ¿Ha intentado suicidarse?	No	Sí

A lo largo de su vida:

6. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	No	Sí
¿Hay al menos una respuesta codificada Sí?	No	Sí

Si Sí, especificar el nivel de riesgo de suicidio como sigue:

1 o 2 o 6 = Sí:	*Ligero*
3 o (2 + 6) = Sí:	*Moderado*
4 o 5 o (3 + 6) = Sí:	*Alto*

3.3.2. Pruebas psicométricas para evaluar la conducta suicida

El uso de pruebas psicométricas para la detección del suicidio no cuenta con una amplia tradición; hay algunas dificultades o inconvenientes, entre ellos:

a)Son costosas porque dependen de la presencia de un profesional de la salud mental experto, como en el caso de las entrevistas psiquiátricas.

b)Se han desarrollado en otros países, y actualmente no se cuenta en todas con una traducción o adaptación a los aspectos culturales de España; ni con los estudios de validez y fiabilidad necesarios para aplicar a la población española.

c)Requieren tiempo y entrenamiento especializado de las personas que supuestamente

van a aplicar la prueba.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la valoración urgente es diferente que la valoración clínica habitual, porque no permite la aplicación de muchas pruebas psicométricas, y en muchas ocasiones la detección se hace a través de la entrevista y del buen hacer y experiencia del profesional que explora.

El riesgo de suicidio es dificil de evaluar de manera eficaz en los pacientes psiquiátricos individuales, debido a la posibilidad de falsos positivos o negativos (Nimeus et al., 2001).

Vamos a hacer una selección de las pruebas que se pueden aplicar a menores, siguiendo a Shaffer y Pfeffer (2001). También se van a exponer algunas pruebas psicométricas que se pueden administrar en general.

1. Pruebas generales

En este apartado vamos a describir las pruebas relacionadas con la depresión que tienen algún componente suicida.

•INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK - 11 (BDI-II)

El BDI - II (Beck, Steer y Brown, 1996) quizá sea el instrumento más utilizado en la clínica para la medida de la depresión, desde su primera versión en 1960. Consta de 21 ítems y el 9 mide la ideación suicida.

•ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE MONTGOMERY-ASBERG (MADRS)

Esta escala fue diseñada por Montgomery y Asberg en 1979 para medir la depresión y hay una versión española validada en 2002 por Lobo, Chamorro, Luque, Dal-Re, Badia y Baro. Esta escala ha sido diseñada para ser administrada por un evaluador mediante entrevista.

-La prueba consta de 10 ítems. El ítem 10 mide pensamientos suicidas.

-Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 (ausencia de síntomas) a 6 (máximo nivel de gravedad), luego el rango de puntuaciones oscila entre 0 y 60 puntos.

-En los estudios se suele utilizar puntuación igual o superior a 18 puntos como

confirmación de depresión, pero no hay un punto de corte establecido.

-Una puntuación inferior a 10 indica ausencia del trastorno.

•ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS - 15 ÍTEMS)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) es una herramienta de screening de la depresión en personas mayores de 65 años y evalúa la ideación suicida. Al contrario que otros instrumentos para medir la depresión como la Escala de Hamilton o el PHQ-9, la GDS no evalúa los síntomas somáticos que, por otra parte, son muy comunes en esta franja etaria de la población y que pueden magnificar los resultados de la prueba.

La escala original consta de 30 ítems pero la versión más extendida y generalizada es la de 15 ítems, y aunque no hay ningún ítem que mida específicamente se ha creado una subescala de 5 ítems (3, 7, 11, 12 y 14) relacionados con la ideación suicida (Heisel et al., 2010). El punto de corte para medir la depresión se establece en 5.

2. Pruebas específicas de suicidio

La identificación oportuna del riesgo suicida es una de las medidas más efectivas para trabajar en la prevención de estas conductas. Esto se hace primordial en la población infantojuvenil, donde cada vez se hace más compleja la detección de factores que pueden conducir al suicidio.

Según Clark (1993), el 83% de los adolescentes que asiste a centros de primer nivel de atención y que han intentado suicidarse no son reconocidos como personas con riesgo suicida por los médicos generalistas.

El uso de instrumentos o escalas de medición específicas supone una herramienta extremadamente útil para facilitar que las personas que trabajan cotidianamente con jóvenes en situación de riesgo suicida puedan detectarlos y remitirlos a un recurso especializado.

•PRUEBAS DE SCREENING Y DETECCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA

Sad Persons Scale (SPS)

Es una prueba heteroaplicada diseñada por Patterson et al. (1983) que consta de 10 ítems: sexo (varón), edad (menor de 19 o mayor de 45 años), depresión, intentos previos de suicidio, abuso de alcohol, trastornos cognitivos, bajo soporte social, plan organizado

de suicidio, no pareja estable y enfermedad somática.

La presencia de cada ítem se valora con un punto. La puntuación total es la suma de todos ellos, con un rango de 0 a 10. 3 o más puntos deben hacer pensar en la posibilidad de ingreso hospitalario y por encima de 6 puntos debería llevarse a cabo, incluso sin el consentimiento del paciente.

El objetivo de la prueba es valorar la necesidad de ingreso hospitalario de aquellos pacientes con un riesgo elevado de llevar a cabo un intento de suicidio.

El nombre de la escala es un acrónimo en inglés de los principales factores de riesgo de suicidio.

	SÍ	NO
S: Sexo masculino	.....	.....
A: Edad (Age) < 20 o > 45 años	.....	.....
D: Depresión	.....	.....
P: Tentativa suicida previa	.....	.....
E: Abuso de alcohol (ethanol)	.....	.....
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos)	.....	.....
S: Carencia de apoyo social	.....	.....
O: Plan organizado de suicidio	.....	.....
N: No pareja o cónyuge	.....	.....
S: Enfermedad somática	.....	.....
Puntuación total	.....	.....

Normas de valoración:

-De 0 a 2: Alta médica con seguimiento ambulatorio.

-De 3 a 4: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

-De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay falta de apoyo social.

-De 7 a 10: Ingreso obligado incluso en contra de su voluntad.

Aplicación: por parte del profesional a personas que hayan tenido un intento de suicidio.

Aportaciones: existe una versión para niños. Es un instrumento rápido y sencillo de aplicar y recordar para la valoración del riesgo de suicidio y consecuentemente de la pertinencia de aconsejar el ingreso hospitalario de estos pacientes.

Limitaciones: instrumento objetivo, no subjetivo; no da información de la

problemática subyacente al suicidio. Puede infravalorar el riesgo de suicidio. En un intento de paliar estas limitaciones se ha propuesto una modificación de la escala (MSPS) en la que a cuatro de los ítems de la misma se les asigna un peso de 2 puntos.

•PRUEBAS DE IDEACIÓN SUICIDA

a) Escala de Desesperanza de Beck (EDB)

Se trata de un instrumento estructurado, de autoaplicación, de lápiz y papel (o verbalmente por el profesional) que consta de 20 ítems de verdadero o falso, puntuados 0 o 1. La gravedad de la desesperanza proviene de la suma de las puntuaciones en el total de los ítems. La puntuación total va de 0 a 20. De 0 a 3 puntos es mínima; de 4 a 8, media; de 9 a 14, moderada y de 15 a 20, severa. Es un instrumento diseñado para medir el grado de desesperanza presente en adolescentes y adultos, como factor clave en comportamiento suicida.

Se centra en el esquema cognitivo de expectativas negativas acerca del futuro inmediato y a largo plazo, y evalúa también las actitudes acerca del futuro (pesimismo).

Se puede aplicar en pacientes hospitalizados, en urgencias o ambulatorios. Aplicable a adolescentes.

Es un instrumento válido, con alta consistencia interna y estabilidad temporal. Las puntuaciones obtenidas en desesperanza son un predictor útil de un posible suicidio.

No se ha diseñado como prueba de screening, pero se ha usado como indicador indirecto de intentos suicidas en adolescentes y adultos.

b) Escala de Desesperanza para niños (HSC) (Kazdin, Rodgers y Colbus, 1986)

La Escala de Desesperanza para niños es una adaptación de la Escala de Desesperanza de Beck. Es de aplicación autoadministrada y consta de 17 ítems de elección dicotómica, verdadero o falso con un rango de puntuaciones entre 0 y 17.

Aplicación: niños y adolescentes. La población normativa fue una muestra de niños ingresados en psiquiatría con un rango de edades comprendidas entre los 6 y los 13 años, aunque después se ha ampliado a diferentes muestras infantiles.

c) Escala de Ideación Suicida (SSI) (Beck, 1979)

Se trata de una escala heteroaplicada, que debe ser cumplimentada por el psicólogo en

el transcurso de una entrevista semiestructurada (también hay una versión autoadministrada que se ha divulgado menos). Consta de 19 ítems, de tres posibles respuestas mutuamente excluyentes, que indican un grado creciente de seriedad e intencionalidad de la conducta suicida. Las puntuaciones oscilan de 0 a 38 puntos, los ítems de 1 a 19 se puntúan de 0 a 2 puntos. Una puntuación igual o superior a 10 es indicativa de riesgo de suicidio; cuanto mayor es la puntuación, mayor es el riesgo de suicidio. Su objetivo es cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida o el grado de seriedad e intensidad con el que la persona pensó o está pensando en suicidarse.

La escala mide los siguientes aspectos:

-Actitud hacia la vida y la muerte.

-Pensamientos y deseos suicidas.

-Proyecto de intento de suicidio.

-Realización del intento proyectado.

-Antecedentes de intentos previos de suicidio (ítems descriptivos que no se añaden a la puntuación global).

Mide la frecuencia, intensidad y duración de la ideación suicida. Se puede hacer de dos maneras:

-Referida al momento presente.

-Referida al peor momento de la vida del paciente (al de mayor crisis, que puede ser el momento actual u otro distinto), con lo que sería una aplicación retrospectiva.

Se utiliza en investigación, clínica, diagnóstico y rastreo.

-En la investigación es útil porque permite distinguir entre personas que varían en su grado de intencionalidad suicida; lo cual facilita cuantificar el cambio producido en el tratamiento.

-En la clínica permite cuantificación y agrupación de los datos del paciente respecto a sus pensamientos suicidas; puede servir de ayuda para la valoración clínica de la conducta suicida.

-Se ocupa sobre todo de variables cognitivas asociadas con el riesgo de suicidio,

como el pesimismo y los pensamientos suicidas.

Limitaciones de la escala: investigación limitada en adolescentes. No da mucha información sobre las causas y los patrones de transición de la conducta suicida (p. ej., del intento de suicidio al suicidio). No permite conocer los factores que precipitan y protegen ante las transiciones suicidas. La puntuación de esta escala no debe ser considerada como único elemento, debe completarse con otros aspectos, entre ellos, la entrevista clínica y el juicio clínico del psicólogo/psiquiatra experto.

No es útil:

-En estudios epidemiológicos o de cribado donde se usan cuestionarios más simplificados.

-Para evaluar la seriedad de la intencionalidad suicida en los casos de tentativa.

No se han encontrado estudios de validación en España, pero la escala está traducida y adaptada.

Hay una escala revisada, la SSI-Peor (SSI-W) con mayor sensibilidad y especificidad para predecir un suicidio futuro.

d) Rastreo para Adolescentes de la Universidad de Columbia (CTS)

El CTS se desarrolló como un cuestionario de autoinforme rápido, de 11 ítems, para evaluar el riesgo de las conductas suicidas por Shaffers et al. (1996). Este cuestionario incluye cuatro categorías de ítems que analizan la ideación y los intentos suicidas actuales y pasados y también inquiere sobre depresión y abuso de alcohol y otras sustancias. Si el sujeto responde de forma positiva a las preguntas sobre la conducta suicida se le dirige hacia las preguntas que evalúan la gravedad del problema, si está recibiendo ayuda para su problema y si le gustaría recibir ayuda para su problema. Es autoadministrado por el niño o adolescente.

Es un test de screeningy no ha sido comprobado en tratamientos.

e) Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ)

El Cuestionario de Ideación Suicida es una medida de autoinforme de rastreo para evaluar la gravedad de la ideación suicida. Fue diseñado por Reynolds (1988). Hay dos formas: una versión original de 30 ítems diseñada para estudiantes de bachillerato y otra versión de 15 ítems, conocida por las siglas de SIQ-JR, para los estudiantes de la ESO.

Se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos (0 nunca a 6 casi todos los días). Se obtiene una puntuación total que refleja la gravedad de la ideación suicida.

•PRUEBAS DE TENTATIVA SUICIDA

a) Escala de Intencionalidad Suicida (SIS)

Es un instrumento heteroaplicado, por parte de especialistas, diseñado por Beck, Schuyler y Herman (1974), con el objetivo de evaluar las características de la tentativa suicida (circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas). Mide la intención de morir en los que intentan el suicidio. Consta de 15-20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos). Los autores no proponen puntos de corte; a más puntuación, mayor gravedad.

Consta de 3 partes que miden lo siguiente:

-Parte objetiva (ítems 1 a 8): sobre las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa.

-Parte subjetiva (ítems 9 a 15): sobre las expectativas durante la tentativa, autoinforme.

-Otros aspectos (ítems 16-20): reacciones ante el intento e intentos previos, preconcepciones de muerte, relación entre el intento y consumo de sustancias.

Aplicación: a personas que hayan tenido/ensayado una tentativa suicida, tanto adultos como adolescentes.

Valora la seriedad/severidad del intento suicida y analiza el riesgo subsecuente de nuevos intentos. Las puntuaciones medias son más altas (7,6) cuando el suicidio se ha llevado a término que cuando ha sido frustrado (5,7).

Mide los preparativos y el propósito subjetivo de un acto autodestructor.

Ha mostrado correlaciones positivas con escalas similares, como Suicide Ideation Questionnaire o Reynolds Adolescent Depression Scale, y Hopelessness Scale for Children.

No estudiada aún en niños y adolescentes. Algunos autores cuestionan su validez para predecir nuevos intentos suicidas, pero otros autores sugieren que permite identificar

riesgo suicida en los dos años posteriores a un intento no fatal.

b) Escala de Impulsividad de Plutchik (EI)

Es una prueba autoaplicada diseñada por Plutchik y Van Praag (1989) que se compone de 15 ítems, con el objetivo de valorar la impulsividad, como tendencia de la persona a "hacer cosas sin pensar" o de forma impulsiva, valorando la capacidad de control en varias áreas. No es una escala específica para medir tendencias suicidas.

Puntuaciones (0-45): se emplea una escala de frecuencia que se puntúa de 0 a 3. Los ítems 4, 6, 11 y 15 puntúan en sentido inverso. Los autores proponen un punto de corte de 20 puntos en la versión española.

Mide características relacionadas con la posible falta de control sobre determinadas conductas:

-Capacidad para planificar (3 ítems).

-Control de estados emocionales (3 ítems).

-Control de conductas (comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales) (3 ítems).

-Control de otras conductas (6 ítems).

c) Índice de Potencial Suicida (IPS)

Diseñada por Zung (1974) con el objetivo de diferenciar a los sujetos que intentan el suicidio de los que no. Puede usarse como entrevista semiestructurada o como autoinforme. Consta de 69 ítems, 19 de tipo social y 50 clínicos. Los ítems se puntúan con una escala de gravedad de 0 a 4 puntos. Mide aquellos aspectos que pueden conducir al suicidio y va dirigida a adultos con ideación suicida.

Según algunos autores (Petrie, 1985) tiene escaso poder predictivo del suicidio.

d) Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik (RV)

Escala diseñada por Plutchik, Van Praag et al. (1990) con el objetivo de evaluar la existencia de sentimientos de agresividad y conductas violentas. Es una escala de autoinforme que consta de 12 ítems. Puntuaciones (0 a 34): todas las preguntas se puntúan de 0 a 3, excepto el último ítem que se responde sí/no. En la versión española,

los autores proponen un punto de corte de 4 puntos.

Características medidas:

-Conductas agresivas (9 ítems).

-Antecedentes delictivos (2 ítems).

-Tenencia de armas (1 ítem).

Intenta diferenciar la violencia dirigida contra uno mismo y contra los otros. No es una prueba específica de conducta suicida.

e) Escala de Probabilidad Suicida (SPS)

La Escala de Probabilidad Suicida (SPS) de Cull y Gill (1982) es una medida de autoinforme de 36 ítems diseñada para evaluar el riesgo suicida en individuos de 14 años y mayores. Los ítems de la SPS evalúan cuatro áreas: desesperanza, ideación suicida, autoeva luación negativa y hostilidad. El evaluado debe responder en una escala tipo Likert de 1 a 4 puntos. La interpretación de la SPS se basa en el análisis individual de los ítems, las puntuaciones en las cuatro subescalas y la puntuación total. Los autores advierten que no se debe utilizar como instrumento único para evaluar la probabilidad suicida de una persona que está en riesgo ya que el SPS es una medida complementaria y no la raíz del juicio clínico.

•PRUEBAS DE DETECCIÓN DE RIESGO SUICIDA/RESCATE

a)Escala de Riesgo Suicida (ERS)

La Escala de Riesgo Suicida fue diseñada por Plutchik (1989) con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica. Es una escala autoadministrada de 15 ítems (la original tenía 26), de elección dicotómica Sí-No. Cada respuesta se valora con un punto, siendo el rango de 0 a 15 puntos. En los ítems positivos (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20), cada respuesta afirmativa puntúa 1, mientras que en los ítems negativos (los demás) la respuesta negativa puntúa 0. Se suman todas las puntuaciones. En la validación española se establece en 6 el punto de corte (8 en la de 26 ítems). Está formada por características que los autores relacionan con el suicidio: intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos

con ideación autolítica. Útil para distinguir pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellas, pero para algunos esta escala no es efectiva para determinar la gravedad del riesgo suicida, sirviendo sobre todo como medida del riesgo.

b)Índice Probabilístico de Riesgo Suicida en Depresiones (IPRSD)

El Riesgo Suicida en Depresiones (Ramos Brieva et al., 1989) es heteroaplicado mediante entrevista clínica. Consta de 5 ítems, dicotómica en la primera cuestión, respuesta abierta en los ítems 2 y 3; y respuesta de 4 opciones en los siguientes, midiendo las siguientes características: sexo, duración de la fase actual, presencia de ideas suicidas, antecedentes de tentativas suicidas, contactos con la psiquiatría (tanto con valor positivo como negativo). La puntuación total oscila de 0 a 1 (tras aplicar una escala logarítmica a la suma obtenida de todos los ítems). Los autores proponen como punto de corte mayor o igual a 0,30, cifra que indica un elevado riesgo suicida y que deben arbitrarse las medidas oportunas para su prevención. El objetivo de este índice es la predicción del riesgo suicida a corto plazo entre los enfermos deprimidos. Se da una estimación cuantificada de las probabilidades suicidas en el paciente deprimido, así como las posibilidades de adoptar una decisión inmediata al respecto. Se aplica a pacientes deprimidos ya diagnosticados.

c)Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ)

Es una medida de autoinforme diseñada por Horowitz et al. (2001) y consta de 14 reactivos, con una escala tipo Likert de 7 puntos. La puntuación total máxima obtenida es de 34 puntos. A mayor puntuación, mayor riesgo suicida. Se emplea para detectar riesgo suicida en niños. Los ítems indagan sobre la severidad de los factores de riesgo de suicidio. Es una herramienta útil y sencilla. Los estudios en inglés muestran una alta sensibilidad y especificidad, por ejemplo cuando lo ha empleado personal de enfermería en emergencias pediátricas. No obstante, resulta dificil de aplicar a niños pequeños. La misma autora y su equipo han desarrollado un instrumento resumido, una forma breve, el Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ) de tan sólo 4 ítems, que facilita una rápida detección del riesgo suicida en niños y favorece también la toma de decisiones en personal no especializado en salud mental. Los 4 ítems se centran en: conducta suicida actual, ideación suicida pasada, conducta autodestructiva pasada y estresores actuales.

d)Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS)

Escala diseñada por Stanley et al. (1986) para medir los síntomas suicidas observados y los comunicados por el paciente, es, por tanto, una escala aplicada por el profesional de la salud mental. Se compone de 20 elementos, con puntuaciones de 0 a 4, tipo Likert,

oscilando éstas en un rango de 0 a 80 puntos.

Los 20 elementos que mide la escala son: tristeza y desaliento, hostilidad, anergia, hipersensibilidad, retirada emocional, inventiva, pérdida percibida de control, tensión, ansiedad, preocupación somática, impulsividad, baja autoestima, desesperanza, incapacidad para sentir, baja tolerancia a la frustración, pensamientos suicidas, propósito de suicidio, deseo de morir, falta de razones para vivir, acciones suicidas. Estos elementos se agrupan en 5 áreas: afecto, estados corporales, control y afrontamiento, reactividad emocional, y pensamientos y comportamiento suicida.

Se aplica a personas que ya han tenido un intento autolítico. Tiene una duración de unos 20-30 minutos, por lo que es un poco largo de aplicar.

e)Escala de Riesgo Rescate

La Escala de Riesgo Rescate fue diseñada por Wiesman y Worden (1972) como un método descriptivo y cuantitativo de evaluación de la letalidad de los intentos suicidas. La hipótesis subyacente supone que la letalidad, definida como la probabilidad de infligirse un daño irreversible, se puede expresar en porcentaje de factores que influyen el riesgo y el rescate. Definen operativamente cinco factores de riesgo y cinco de rescate con lo que la escala se compone de 10 factores que puntúan de 1 a 3, estableciéndose los siguientes puntos de corte:

-Puntuaciones de riesgo (5-15 puntos): 9-10 puntos implica riesgo moderado, 1315 alto riesgo.

-Puntuaciones de rescate: 9-15 puntos más rescatable, 5-7 puntos, menos rescatable.

-Razón riesgo/rescate. Si es mayor de 44-50, indica alta probabilidad de repetir la tentativa.

El objetivo de la escala es evaluar el riesgo y la rescatabilidad de la tentativa suicida. Ayuda a diferenciar entre tentativa de suicidio y suicidio frustrado. Valora el riesgo del intento de suicidio llevado a cabo, porque si el riesgo ha sido elevado, se incrementa la probabilidad de que el intento se vuelva a repetir.

f)Lista de Criterios de Póldinger para la Evaluación del Riesgo Suicida

La Lista de Criterios de Póldinger (1969) es una prueba clásica que debe ser aplicada por el facultativo y que consta de 35 criterios. Establece el punto de corte en 50: >50,

índice de riesgo alto; =50, riesgo moderado; <50, riesgo bajo.

Evalúa la edad, sexo, estado civil, relaciones interpersonales, problemas económicos, enfermedades, conductas suicidas personales y familiares, antecedentes psiquiátricos, trastorno de personalidad y enfermedad orgánica.

g)Escalas de Potencial Suicida en Niños (CSPS)

Las Escalas de Potencial Suicida en Niños fue una de las primeras entrevistas semiestructuradas desarrolladas para evaluar las conductas suicidas de los jóvenes por Pfeffer et al. (1979). Las CSPS se desarrollaron como una herramienta que podían ser administradas por clínicos o investigadores. La entrevista consiste en la evaluación de aspectos demográficos, antecedentes personales, antecedentes familiares, conducta suicida, conducta agresiva, acontecimientos vitales previos a la evaluación, afectos y conductas pasados y recientes, concepto de muerte, funciones actuales del yo, mecanismos de defensas del yo y una sección para anotar las impresiones diagnósticas. La batería se compone de 8 escalas que pretenden valorar comportamiento suicida y los factores de riesgo. Se aplica a niños de 6 a 12 años.

h)Índice de Potencial Suicida de Niños y Adolescentes (CASPI)

El propósito de los autores (Pfeffer et al., 2000) fue elaborar un cuestionario de autoinforme, el índice de Potencial Suicida de Niños y Adolescentes, para evaluar las conductas suicidas y agresivas y los síntomas de depresión, ansiedad y desesperanza. La puntua ción total de CASPI correlaciona positivamente con la gravedad de los síntomas de depresión, ansiedad y desesperanza. Se componen de 30 ítems que se contestan Sí/No y el ámbito de aplicación son los chicos comprendidos entre los 6 y los 17 años. Tiene una excelente fiabilidad y validez, pero hay dificultades para aplicarlo a niños pequeños.

i)Inventario de Razones para Vivir (RFL)

El Inventario de Razones para Vivir es una medida de autoinforme diseñada para evaluar las razones potenciales para no suicidarse (Linehan et al., 1983). Este inventario es uno de los pocos instrumentos que evalúan los factores protectores y las creencias contra las conductas suicidas, al contrario que la mayoría de los instrumentos analizados hasta ahora que evalúan los factores de riesgo. Consta de 48 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso). Su objetivo es evaluar creencias y expectativas que se consideran razones para no suicidarse. Mide 6 factores y se aplica en adultos.

j)Inventario Breve de Razones para Vivir para Adolescentes (BRFL-A)

Se desarrollaron dos medidas autoaplicadas, el Inventario de Razones para Vivir para Adolescentes (Osman et al., 1998) y la forma breve (BRFL-A; Osman et al., 1996), para evaluar las creencias adaptativas que hacían aferrarse a la vida. La forma larga tiene 52 ítems y la breve 14 ítems extraídos de la forma original RFL para adultos. El objetivo de este inventario es evaluar aspectos que diferencien al suicida del no suicida.

3.Otras pruebas aplicables

Sería conveniente aplicar varias pruebas y obtener varias medidas, ya que aunque evalúen variables relacionadas, las escalas deben demostrar que miden constructos diferentes.

Personality Assessment Inventory (PAI)

El Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) (More(, 1991), es un test de nueva implantación en nuestro país, aunque se venía utilizando desde hace algunos años por profesionales en las áreas clínica y pericial. Se compone de 344 ítems de elección múltiple (escala tipo Likert de 0 a 3) y clásicamente valora 22 escalas, que no se solapan entre ellas. De estas escalas, 4 son de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideración del tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. Posteriormente se han ido añadiendo varios índices de validez.

De las 5 escalas de tratamiento, una es la Ideación Suicida (SUI), compuesta por 12 reactivos que se centran en la ideación suicida, en un rango que va desde la desesperanza con pensamientos generales y vagos de suicidio hasta la planificación del acto suicida.

Baremos:

-Puntuaciones T de 59 o menos generalmente reflejan a una persona que tiene pocos o ningún pensamiento acerca del suicidio y de la muerte.

-Puntuaciones T entre 60 y 69 son indicativas de una persona que tiene pensamientos periódicos y pasajeros de suicidio y es pesimista e infeliz acerca del futuro. Se sugiere hacer seguimiento.

-Puntuaciones T de 70 o más indican respuestas de una ideación suicida significativa. Los sujetos son típicamente ansiosos o depresivos. Generalmente se ven a sí mismos como faltos de apoyo. Dentro de este rango se observan, a veces, a aquellas personas que demandan ayuda. Se aconseja una evaluación

cuidadosa.

-Puntuaciones T de 84 o más (puntuaciones medias para pacientes suicidas ingresados) se asocian con planes inminentes para autolesionarse. Se aconseja evaluación inmediata. Generalmente están desesperados, se sienten faltos de apoyo, inútiles, ineficaces y amargados.

-Puntuaciones T 'de 101 o más son raras y sugieren una preocupación mórbida con la idea del suicidio.

Cuadro 3.1. Correlaciones entre la escala SUI del PAI y otros inventarios y escalas

Correlaciones entre:	Escala SUI del PAI
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	.54
Escala de Desesperanza de Beck (EDB)	.64
Probabilidad Suicida. Escala de Ideación Suicida	.56
Apoyo social percibido	
Familia	–.38
Amigos	–.29
Programación acontecimientos recientes	.26

El índice de Potencial Suicida (SPI). Este índice está conformado por 20 escalas, de modo que pondera la influencia de cada una de ellas en la potencialidad suicida, de tal forma que la Ideación Suicida puede ser alta y, sin embargo, el índice de Potencial Suicida puede informarnos de un riesgo suicida bajo, que interpretaríamos como sujeto con ideación suicida pero con riesgo suicida actual bajo.

Las escalas y baremos (medidos en puntuaciones T) son los que se muestran en el cuadro 3.2.

Cuadro 3.2. Escalas que componen el índice de Potencial Suicida del PAI

ANX-C>60 Ansiedad a nivel cognitivo	DEP-A>65 Depresión a nivel afectivo	DEP-P>60 Depresión a nivel fisiológico	SCZ-T>60 Esquizofrenia Trastorno del pensamiento	ARD-O>55 Componente obsesivo-compulsivo de la ansiedad
ALC>60 Consumo alcohol	ANX-P>60 Ansiedad a nivel fisiológico	MAN-A>55 Manía a nivel de activación	NON>60 Falta de apoyo	DRG>60 Consumo drogas
BOR-N>65 Trastorno límite relaciones negativas	STR>65 Nivel de estrés	BOR-S>60 Trastorno límite autolesiones	AGG-P – AGG-V>10 Agresión física menos agresión verbal	DEP-C>65 Depresión a nivel cognitivo
PAR-H>60 Paranoia hipervigilancia	WRM<45 Calidez interpersonal	MAN-G<45 Manía a nivel de grandiosidad	BOR-A>65 Trastorno límite inestabilidad afectiva	SOM-H>55 Somatización hipocondriasis

Sumamos un punto por todas aquellas condiciones que se cumplan, pudiéndose obtener una puntuación máxima de 20 (rango de 0 a 20).

Puntos de corte:

-SPI < o = 12, riesgo suicida bajo.

-SPI entre 13 y 17 (ambas incluidas), riesgo suicida moderado.

-SPI > o = 18, riesgo suicida marcado.

•VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN EL TEST DE RORSCHACH

En el test de Rorschach el riesgo potencial suicida se trata de detectar a través de la llamada Constelación del Suicidio (S-CON), que está compuesta por doce variables conformadas por varias agrupaciones, que tras numerosas revisiones expuso Exner (1994).

Las 12 variables que componen la Constelación del Suicidio (S-CON) (Exner, 1994) son las siguientes:

Cuadro 3.3. Variables que componen la Constelación del Suicidio (S-CON)

FV+VF+V+FD>2;	Complej Col-Somb>0;	3r+(2)<.31 o >.44 (índice de egocentrismo)
MOR> 3;	Zd > +3.5 o Zd<-3.5;	es> EA
CF+C>FC;	X+%<.70;	S>3
P<3 o P>8	H pura<2	R<17

De estas doce variables, Exner considera ocho de primer orden de riesgo, que se detallan el cuadro 3.4.

Cuadro 3.4. Variables de primer orden de riesgo de la Constelación del Suicidio (S-CON)

FV+VF+V+FD>2 (introspección dolorosa)
Complej Col-Somb>0 (complejidad intelectual o afectiva debida al estrés)
3r+(2)<.31 ó >.44 (baja autoestima o excesivo autocentramiento - egocentrismo)
MOR> 3 (pensamientos destructivos)
Zd > +3.5 ó Zd<-3.5 (precipitación o demora excesiva de la acción)
es> EA (estimulación interna sufrida superior a los recursos disponibles)
CF+C>FC (color con poco peso de la forma superior a forma color)
X+%<.70 (la forma convencional de dar respuestas)

Si se hace un análisis cualitativo, se podría concluir que la persona se analiza profundamente y de esta reflexión que hace sobre sí misma tiene resultados negativos que le producen un intenso malestar que le genera estrés e inestabilidad emocional, lo que le lleva a entrar en un bucle doloroso del que le resulta muy difícil salir tomando conclusiones falsas sobre sí, el mundo y el futuro. El sujeto puede que quiera poner fin a este estado depresivo (dolor íntimo, insuperable) autoeliminándose.

Silberg y Armstrong (1992) afirman que la Constelación del Suicidio (S-Con) del Sistema Comprensivo de Exner es muy útil en el estudio de los adultos, pero que su valor decrece cuando se estudian adolescentes. Para verificar empíricamente esta hipótesis, los autores, partiendo del sistema Exner, crearon un nuevo índice para identificar el riesgo de suicidio en adolescentes deprimidos. De la fórmula original de la S-CON tomaron cuatro indicadores solamente (MOR>0,FV+VF+V>0, color-sombra >0yCF+C>FC) y añadieron dos indicadores (M->1 y puntuaciones especiales ponderadas > 9).

3.4. Errores en la valoración de suicidio

Posiblemente se cometen más errores en las evaluaciones urgentes de los pacientes en crisis que en las evaluaciones clínicas habituales. Sin lugar a dudas, la tarea más importante en la evaluación del suicidio es la estimación del riesgo inmediato y realizar un triaje de forma certera y derivar o hacer el seguimiento adecuado al caso en cuestión.

Gran parte de la determinación del riesgo se hace sobre una estimación del intento suicida, sin embargo, no es difícil la comisión de algunos errores sobre todo en el momento de la resolución de la crisis suicida. Un paciente que durante la entrevista clínica menciona ideas o pensamientos suicidas y que admite de forma abierta que tiene un plan suicida (inges ta de fármacos) pero que todavía retiene bastante información a causa de su poderoso deseo de poner fin a su vida, el facultativo explora la situación con respecto al plan suicida e intenta estabilizar al paciente y solucionar la crisis. Después acuerda entrevistas posteriores con el paciente para hacer seguimiento o decide derivarlo hacia el hospital para una valoración más amplia y/o proceder a su ingreso.

Por otra parte, no cabe olvidar que no todos los pacientes "peligrosos" refieren toda la ideación suicida al clínico. Cuando una persona desea realmente morir y no encuentra salida a su sufrimiento, puede que en su ambivalencia solicite ayuda de forma voluntaria para salir de la crisis (Trastorno Límite de Personalidad), pero estos pacientes no revelan la verdad completa porque una parte interior de ellos desea la muerte. Esos pacientes puede que sólo estén dispuestos a compartir una pequeña parte de su ideación suicida o de sus planes, mientras ocultan sus intenciones reales. Pero hay otras muchas razones a tener en cuenta en la evaluación del paciente suicida:

-El impulsivo puede carecer de ideación suicida suficiente antes de su intento, que puede aparecer en cortocircuito.

-Aquellos que ven en el suicidio un acto de debilidad o vergüenza y por ello no lo comunican.

-Aquellos otros que lo viven como algo inmoral o pecaminoso y eso les hace sentirse más culpables y puede precipitar el paso al acto.

-Aquellos que lo consideran un tema tabú y prefieren evitarlo.

-Aquellos que temen que su terapeuta les tome por "locos".

-Aquellos que piensan que nadie puede ayudarlos.

-Los alexitímicos con incapacidad para expresar sus estados emocionales internos.

-Los pacientes depresivos con ideación autolítica, que al mejorar de su sintomatología depresiva pueden pasar al acto.

La evaluación del riesgo suicida es un proceso de evaluación continua que no termina con la intervención en crisis y la resolución de la misma.

Resumen e ideas claves

La evaluación de la ideación y conducta suicida es un proceso complejo que exige protocolizar con el propósito de gestionar el riesgo suicida y planificar el tratamiento. La entrevista realizada por el especialista en salud mental es la pieza fundamental de este proceso y aunque se dispone de escalas que pueden ser útiles para valorar los aspectos relacionados con el suicidio, ninguna de ellas per se puede sustituir la entrevista del profesional experto y la intervención psicológica. El proceso no se debe fundamentar en un solo instrumento de evaluación. Sería necesario dedicar esfuerzos a desarrollar, traducir, adaptar y validar, herramientas sencillas y útiles que permitan detectar el riesgo suicida, especialmente en niños y adolescentes. El clínico debe estar siempre atento a cualquier indicio de conducta suicida.

Se aconseja no utilizar el término "gesto suicida" para evitar las connotaciones peyorativas que éste conlleva.

Preguntas de autoevaluación

1. Se proponen una serie de fases para evaluar la conducta suicida y se citan a continuación (señala la opción incorrecta).

a)En primer lugar y antes de nada utilizar un test de screening suicida.

b)Realizar evaluación continuada del riesgo.

c)Utilizar medidas de autoinforme.

d)Evaluar los factores de protección.

e)Evaluar las posibles barreras al tratamiento.

2. Los factores a evaluar en el momento de la urgencia son:

a)Las alteraciones mentales.

b)Los problemas familiares.

c)La presencia de un plan suicida.

d)La soledad.

e)Si ha habido intentos autolíticos en el pasado.

3. ¿Cuál es la herramienta que probablemente sea la más útil para el trato con los pacientes psiquiátricos en situación de crisis?

   a)La empatía.

   b)Crear un entorno seguro.

   c)Tranquilizar.

   d)No invadir su espacio vital.

   e)Hacerle ver que estamos para ayudar.

4. La escala conocida como SAD PERSON fue diseñada para:

   a)Valorar la intensidad de la ideación autolítica.

   b)Valorar la necesidad de ingreso hospitalario.

   c)Valorar la gravedad de la intencionalidad suicida.

   d)Valorar los planes suicidas.

   e)Evaluar el estado de ánimo del paciente suicida.

5. En el Personality Assessment Inventory (PAI) señala la opción incorrecta:

   a)La escala SUI mide la ideación suicida a través de 12 ítems.

   b)El índice del Potencial Suicida (SPI) está conformado por 15 escalas.

   c)La puntuación en el SPI que es indicativa de riesgo marcado de suicidio es igual o mayor a 18.

   d)La escala SUI del PAI correlaciona mejor con la Escala de Desesperanza de Beck que con el Inventario de Depresión de Beck.

   e)La persona evaluada con el PAI puede presentar una ideación suicida alta, pero un bajo riesgo suicida actual.

4

Intervención psicológica con el suicida

4.r. El suicidio como urgencia/emergencia

Para la Asociación Médica Americana, urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata.

Se considera como emergencia a aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente.

El objetivo general durante el manejo de las crisis es estabilizar psíquicamente a la persona y ayudarla a recuperar el mayor nivel de funcionalidad posible. Se trata de disminuir y reducir los síntomas, así como evitar que se haga daño a sí mismo (autolesiones o suicidio) o a los demás.

Los dispositivos a los que puede acudir una persona en crisis suicida son los servicios de urgencia y los Centros de Salud Mental (CSM). Los profesionales que atienden al paciente en una situación de crisis deben decidir el ámbito de tratamiento necesario (evaluar si se debe proceder o no al ingreso hospitalario); para ello deberán tenerse en cuenta factores como gravedad de la sintomatología, la opinión del paciente y del apoyo disponible en su entorno familiar.

Cuando un paciente esté vinculado a un recurso asistencial concreto (CSM, Hospital de día, Servicios de Hospitalización Psiquiátrica, o incluso el psicólogo o psiquiatra privado...) la crisis debiera atenderse en ese mismo dispositivo asistencial con la finalidad de garantizar la continuidad asistencial y la coherencia del mensaje que se da al paciente. Si se atiende en urgencias debe garantizarse una correcta derivación a los dispositivos asistenciales que se consideren más adecuados. La derivación debe incluir la coordinación entre los profesionales de los diferentes servicios para favorecer la continuidad asistencial y la coherencia del proyecto terapéutico, y acompañar al paciente en el itinerario asistencial entre servicios.

Las características de la crisis, el apoyo que el paciente puede recibir del entorno

familiar o de amistades y la consistencia o no del vínculo terapéutico con el equipo que le está tratando influyen enormemente en las decisiones terapéuticas: ofrecer un contacto intensivo, organizar un programa de asistencia ambulatoria, seguir con el tratamiento pautado o desarrollar un proceso de tratamiento más estructurado.

El riesgo suicida es un elemento importante que debe valorarse. Cuando está presente la ideación suicida hay que valorar si existe un riesgo agudo o crónico. La ideación suicida y las autolesiones pueden deberse a varios motivos: puede representar un intento de gestionar emociones insoportables, de finalizar un estado disociativo, de llamar la atención, de expresar su ira e intentar castigar a alguien, o un intento serio de acabar con su vida.

4.r.z. Papel crítico de las intervenciones inmediatas

La intervención inmediata en el curso de la intentona suicida es la que tiene una mayor probabilidad de éxito. Para Asarnow et al. (2005) y Baraff et al. (2001) los servicios de emergencias son un lugar propicio para intervenir en la reducción de los intentos suicidas en los jóvenes. Los jóvenes con intencionalidad suicida suelen hacer intentos repetidos para lograr sus propósitos y la mayoría de ellos tienen una necesidad sustancial de servicios de salud mental adicionales. El 50% de los jóvenes suicidas son remitidos para seguimiento, pero el 77% nunca acudirá a esas sesiones y de aquellos que acuden a las sesiones, muchos no van a completar el tratamiento. En base a estos retos clínicos, Asarnow y sus colaboradoras desarrollaron el programa SAFETY (Safe Alternatives For Teens and Youth), un programa para la intervención en crisis en adolescentes y jóvenes que intentan suicidarse. Con este programa lograron una reducción del 50% de los intentos de suicidio. Uno de los componentes claves del programa SAFETY es la educación familiar.

Se concede suma importancia a la educación de los padres de los jóvenes suicidas por el hallazgo de que el 17% de los padres tenían armas de fuego o habían comprado nuevas armas, incluso después del intento de suicidio de sus hijos (Brent, 2000). Los padres son más propensos a tomar acciones protectoras si se les proporciona educación al respecto.

Uno de esos programas es la Intervención Familiar para la Prevención del Suicidio (IFPS), listado en la intervención especializada en los servicios de urgencias del suicidio de adolescentes, desarrollado por Rotheram-Borus et al. (2000).

Los componentes del tratamiento de la IFPS implican la educación familiar con respecto a la importancia del tratamiento de seguimiento, de la necesidad de restricción

de medios letales, replanteamiento del suicidio juvenil como una estrategia desadaptativa de afrontamiento, resolución de problemas, desarrollo de un plan de afrontamiento para las crisis futuras, modos de aumentar las interacciones familiares positivas y el apoyo familiar. Según Rotheram-Borus es una técnica prometedora.

El trabajo de Asarnow destaca la necesidad de formar a los médicos para que adquieran más conocimientos y fuentes de referencia. Se necesita investigación para desarrollar un programa de screeninglintervención similar para las personas mayores deprimidas, potencialmente suicidas.

Son muchos los investigadores que se han hecho eco de la necesidad de intervenciones basadas en la evidencia (Brown et al., 2005; Freeman y Reinecke, 1993; Joiner et al., 1998; Linchan, 1999; Rudd, 2000; Shaffer et al., 1988, 2001; Weishaar y Beck, 1990).

Técnicas de intervención psicoterapéutica basadas en la evidencia son la Terapia Cognitiva (Brown et al., 2005) y la terapia Dialéctica Cognitiva (Linchan et al., 2006). Brown et al. (2005) demostraron que aquellos individuos que habían realizado intentos suicidas y recibían 10 sesiones de terapia cognitiva tenían una probabilidad del 50% menor en la repetición de los intentos de suicidio en un seguimiento de 18 meses, comparados con aquellos pacientes que habían recibido el tratamiento habitual. Otras formas de intervenciones basadas en la evidencia incluyen la psicoterapia interpersonal (Guthrie et al., 2001) y el seguimiento intensivo y la gestión de caso activo (Van Heeringen et al., 1995).

Cualquiera que sea la forma de intervención, sobre una base preventiva o de tratamiento, se hace necesario diseñar la intervención de un modo que sea sensible a la cultura de los individuos (Goldston et al., 2008).

4.1.2. Factores que influyen en el manejo de la conducta suicida

Los factores que influyen en la conducta suicida son múltiples; en este apartado vamos a plantear las consideraciones generales que deben tenerse en cuenta y algunas estrategias sencillas en relación a los grupos de riesgo de la conducta suicida.

Cuadro 4.1. Consideraciones generales, evaluación del riesgo y algunas medidas a considerar (adaptado de Monk y Samra, 2007)

Consideraciones generales para trabajar con suicidas	*Identificar y evaluar el riesgo*	*Plan de seguridad y tratamiento y monitorización continua del riesgo*
Utilizar definiciones claras para clasificar, documentar y discutir las conductas suicidas.	Familiarizarse con los factores de riesgo y de protección del suicidio.	Desarrollar un plan de seguridad para todos los clientes.
Desarrollar la alianza terapéutica, haciendo de la relación clínica el centro del plan de tratamiento.	Utilice términos y definiciones comprensibles para los niveles de riesgo suicida (p. ej., sin riesgo, leve, moderado, alto e inminente).	Establecer criterios para determinar cuándo recomendar la hospitalización u otros ambientes protectores seguros.

Consideraciones generales para trabajar con suicidas	*Identificar y evaluar el riesgo*	*Plan de seguridad y tratamiento y monitorización continua del riesgo*
Responder proactivamente a los abandonos del tratamiento.	Considerar los factores de riesgo y las dificultades presentes basados en la información subjetiva (autoinformes) y los datos objetivos.	Implicar al paciente, a la familia y a otros recursos en el desarrollo del plan de seguridad y tratamiento.
En la medida de lo posible, comprometer a los familiares como colaboradores clave en los planes de tratamiento.	Evaluar el nivel del intento suicida, la ideación suicida actual; planes, letalidad y disponibilidad de medios; conducta preparatoria; rigidez cognitiva y habilidades de resolución de problemas; control de impulsos, aislamiento social; pérdidas recientes; etc.	Buscar, consultar y considerar la necesidad de derivación para tratamiento psiquiátrico.
Buscar consulta clínica regular con iguales y supervisores.	Comprender el significado personal del suicidio para el individuo.	Utilizar técnicas breves de solución de problemas para tratar la ideación suicida (particularmente con presencia de trastornos en el Eje I, p. ej., la depresión).
Crear servicios de salud mental y de adicciones asequibles al paciente.	Proporcionar nivel de cuidados según el nivel de riesgo identificado.	Conceptualizar una aproximación de tratamiento a largo plazo para los suicidas recurrentes (especialmente con diagnósticos en el Eje II).
Solicitar el consentimiento informado y explicar los límites de la confidencialidad.	Cuando la ratio entre los factores de riesgo y de protección no está clara, se recomienda un ambiente estructurado y protegido hasta que se desarrolle un plan de seguridad.	Documentar y evaluar el proceso de tratamiento y los resultados.
Considerar las características individuales del paciente, incluyendo el contexto cultural y los problemas de desarrollo a lo largo de la vida.	Las conductas suicidas son síntomas, no una enfermedad específica, y las intervenciones deben ser diseñadas para tratar los trastornos subyacentes.	Monitorizar de forma regular la propensión al suicidio.

4.1.3. Reconocimiento de signos de suicidio inminente

El triaje de aquellas personas que presentan ideas o conductas suicidas es difícil e incierto. Algunos pacientes pueden de entrada manifestar quejas de pensamientos, sentimien tos o conductas suicidas pero muchos otros no lo admiten, son incapaces de expresarlo e incluso no darse cuenta de su intento autolítico. Por otra parte, el preguntar

al paciente sobre la ideación suicida no nos garantiza que nos proporcione la información veraz y precisa que se necesita (APA, 2003). Por tanto, determinar la inminencia y la potencial letalidad de la situación del paciente es de crucial importancia para adoptar las medidas oportunas de forma urgente.

A continuación se expone una matriz que puede resultar útil para la clasificación del riesgo de suicidio en tres niveles en función de la ideación suicida, la inmediatez de los planes, la letalidad del método, el estado emocional del suicida, el nivel de malestar emocional, los intentos previos, los factores de protección, las razones para vivir y otras circunstancias que pueden influir.

Cuadro 4.2. Matriz de evaluación del riesgo suicida (adaptado de Monk y Samra, 2007)

	Leve	*Moderado*	*Grave*
Ideación	Pensamientos periódicos e intensos de muerte o no querer vivir durante un corto periodo de tiempo.	De forma regular, pensamientos intensos de muerte o desear estar muerto, difíciles de eludir.	Pensamientos de muerte o desear estar muerto muy intensos y que parece imposible desechar.
Inmediatez de los planes	Sin planes inmediatos ni amenazas de suicidio. No busca morir.	No está seguro de cuándo, pero pronto. Amenazas indirectas. Ambivalente respecto a la muerte.	Tiene una fecha inminente en su mente. Amenazas claras. No quiere vivir, busca morir.
Método/letalidad	No disponibilidad de medios, medios no reales o no los ha pensado.	La letalidad del método es variable con alguna posibilidad de rescate o intervención.	Letal, disponibilidad del método sin posibilidad de intervenir.
Estado emocional	Triste, grita con facilidad, irritable.	Inestabilidad emocional con variaciones bruscas. Raramente expresa sus sentimientos.	Embotado, sin vitalidad. Confusión emocional (ansioso, agitado, enfadado).
Nivel de malestar emocional	Leve.	Moderadamente intenso.	Estrés o desesperanza emocional inaguantables. Sentimientos de rechazo, desconexión y sin apoyos.
Factores de protección	Se siente arropado por su familia, amigos o compañeros.	Escaso apoyo. Conflictos moderados con familia, amigos o compañeros.	Conflictividad intensa familiar, con amigos y/o compañeros. Aislamiento social.

	Leve	*Moderado*	*Grave*
Intentos previos	Ninguno.	Un intento previo. Alguna conducta suicida.	Varios intentos previos.
Razones para vivir	Planes de futuro, quiere cosas para cambiar y tiene alguna esperanza.	Pesimista, planes de futuro inciertos o pesimistas.	Desesperanza, impotencia. Sin futuro, vacío.
Otros factores de riesgo	Diagnóstico de trastorno mental. Antecedentes familiares de suicidio. Amigos suicidas. Pérdida actual. Duelo no resuelto. Abuso de sustancias. Problemas de interrelación. Imputación criminal reciente. Actitudes negativas hacia la búsqueda de apoyo. Los familiares no toman en cuenta las conductas/pensamientos suicidas del paciente. Ideación violenta/homicida. Conducta impulsiva. Psicosis.		

4.1.4. Acercamiento al suicida

La relación entre el clínico y el paciente es con toda probabilidad el factor de mayor importancia en el tratamiento de la conducta suicida:"... una relación psicoterapéutica positiva y colaborativa puede ser valiosa e incluso la fuerza que mantenga con vida a los pacientes suicidas" (APA, 2003, pág. 30). Entre otras cosas, esta alianza posibilita al clínico para comprender mejor la conducta suicida de su paciente y cuáles pueden ser las alternativas viables para afrontar y resolver sus problemas.

Un requisito fundamental para establecer la alianza terapéutica es el desarrollo de la relación terapéutica, que comienza en el mismo momento en el que paciente y terapeuta toman contacto. Algunas de las estrategias que puede utilizar el terapeuta en esos momentos podrían incluir:

-Explicar su papel y el objetivo de su intervención.

-Preguntar al paciente cómo quiere que se dirija a él/ella.

-Encontrarse en un ambiente lo más confortable, agradable y privado (cuidar esto al máximo si la intervención se hace extrahospitalariamente).

-Ofertar alguna bebida.

-Utilizar la calma, un tono de voz tranquilizador.

-Tomar el tiempo necesario para escuchar la historia del paciente.

-Evitar las soluciones rápidas y "milagrosas" que pueden hacer que el paciente se

sienta incomprendido.

Al contrario que la relación terapéutica, que potencialmente se puede establecer en varios minutos, el desarrollo de la alianza terapéutica puede llevar varias sesiones de tra tamiento. La alianza terapéutica es sólo una parte de un plan de tratamiento eficaz y, por lo tanto, también interactúa con otros elementos del proceso de ayuda, incluida la evaluación de riesgos y la planificación de la seguridad. Las variables esenciales del tratamiento se construyen sobre los cimientos proporcionados por la alianza terapéutica. La alianza terapéutica se mejora mediante el cultivo activo del respeto y confianza mutuos y comienza con el primer encuentro con el paciente. Frojan (2006) propone cuál debe ser la actitud del psicoterapeuta durante la entrevista con el paciente suicida:

-Capacidad para afrontar la situación con claridad.

-Respeto en la intervención psicológica en un tema personal y delicado.

-Transmitir que los conocimientos del terapeuta están dispuestos para ayudar.

-Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes.

-No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta.

-Mostrar calma y seguridad.

-Profundizar con detalle y de manera abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, evitando preguntas morbosas.

-Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo, y de las medidas a tomar, sin generar situaciones de alarma exageradas que puedan ser contraproducentes.

-Manejar, cuando la situación lo admita, el sentido del humor, pero evitando el sarcasmo y la ironía.

-Atender no sólo a lo que la persona dice con las palabras, sino a su comunicación no verbal (gestos, expresión, tono de voz...).

-Participación activa del profesional ante cualquier atisbo de ideación suicida; cuanto más sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación del profesional de la salud mental.

Cuadro 4.3. Recomendaciones sobre cuándo y qué preguntar sobre la conducta suicida (modificado parcialmente de OMS, 2000a y 2000b)

¿Cuándo preguntar?

- Después de haberse establecido una relación de empatía y cuando la persona se siente comprendida.
- Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos.
- Cuando el paciente está en proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia…

¿Qué preguntas hacer para detectar conducta suicida?

- ¿Se siente infeliz o desvalido?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de afrontar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?

- ¿Siente que la vida no merece la pena vivirse?
- ¿Siente deseos de suicidarse?

¿Para qué preguntar después?

- Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿alguna vez ha hecho planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿tiene pastillas? ¿Algún arma? ¿Insecticidas? ¿Alguna cosa similar?
- Para obtener información sobre si la persona se ha fijado una meta: ¿ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

4.1.5. Cuando el paciente es inabordable. Ingreso hospitalario involuntario

Cuando se prevea que el paciente está en inminente riesgo de suicidio y resulta muy complicado su abordaje y rechaza el ingreso voluntario en el hospital puede ser conveniente considerar el ingreso en contra de la voluntad del paciente (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) 1/2000) y debe ser evaluado por un psiquiatra para valorar si el paciente cumple los criterios para el ingreso involuntario y comunicarlo al juez en el plazo previsto por la ley. El paciente debe cumplir los siguientes criterios:

-Sufre de un trastorno mental que altera de forma grave su capacidad personal para reaccionar de forma apropiada al ambiente, pudiendo poner en peligro su vida o integridad física o la de los demás.

-Necesita tratamiento psiquiátrico (cuidados, supervisión y control) en régimen de internamiento.

-Estos cuidados no se pueden garantizar de forma ambulatoria.

En ocasiones es la policía la que en función de su propia experiencia cree que una persona actúa de forma que puede poner en peligro su vida o la de los demás y aparentemente sufre de alguna alteración mental y ante la inminencia del riesgo decide actuar y si logra retener a la persona conducirla hasta las urgencias psiquiátricas para que valoren la necesidad del ingreso hospitalario, sea voluntario o involuntario.

4.1.6. Manejo del suicida extrahospitalario

Una parte de las emergencias supone usar tiempo y recursos en prestar cuidados a personas que se autolesiona de forma intencional y en esas situaciones pueden aflorar emociones mixtas. Es importante tratar a los que se autolesionan intencionalmente de igual modo que se trata a los que se lesionan involuntariamente. En particular es esencial que no se les avergüence por sus lesiones autoprovocadas.

La profesionalidad le ayudará a disponer de los recursos necesarios para tratar a una persona con lesiones provocadas en un intento de suicidio. Muchas personas que sobreviven al intento suicida se sienten apesadumbradas y avergonzadas. Algunas incluso pueden negar que sus heridas hayan sido autoprovocadas. Algunas intentarán rehusar el tratamiento. Establecer una buena relación terapéutica con el paciente le ayudará a proporcionar un tratamiento efectivo en el escenario y asistir al paciente y a los otros profesionales de la salud a encontrar el tratamiento a largo plazo que pueda prevenir otro intento autolítico.

Algunas habilidades comunicativas pueden resultar de utilidad para establecer una buena relación terapéutica con una persona que se ha autolesionado (o una persona de la que tiene sospechas que sus lesiones hayan sido autogeneradas).

- •Genuinidad. La sinceridad de su parte puede evocar la sinceridad de parte del paciente.

- •Respeto. El respeto al paciente, a pesar de sus sentimientos personales hacia el suicidio. Establecer un sentido de autoestima es un paso importante hacia la recuperación de una persona que ha intentado suicidarse.

- •Empatía. La comprensión empática es la habilidad de percibir el sentido de la vida del paciente como si fuese el suyo propio.

- •Concreción. Habilidad para decir de forma precisa lo que quiere decir, antes que divagar por la abstracción o la metáfora; le ayudará a hacer preguntas al paciente

para obtener información de vital importancia, como puede ser la disponibilidad de medios para llevar a cabo el suicidio, la intensidad de morir del paciente, la naturaleza específica de cualquier plan de suicidio y la presencia de los factores de riesgo asociados.

Las personas que se han autolesionado pueden intentar llegar hasta usted, unas veces de forma directa, otras indirectamente. Los signos de alarma de un paciente que puede estar en riesgo de suicidio (incluso si el paciente no admite haberse autolesionado) incluyen:

- Verbalizaciones acerca del suicidio o de la muerte.
- Indicios verbales directos: "desearía estar muerto" y "voy a acabar con todo".
- Indicios verbales menos directos: "¿qué sentido tiene la vida?" o "de todos modos, ¿a quién le importa si estoy muerto?".
- Expresión de sentimientos de la falta de sentido de la vida o de desesperanza.

Estos signos son especialmente críticos si el paciente tiene diagnóstico psiquiátrico de depresión, abuso de alcohol y/o otras drogas, trastorno bipolar o esquizofrenia. Los acontecimientos vitales recientes, incluidas las enfermedades físicas (especialmente aquellas que están asociadas al dolor y a la desfiguración personal) y el trauma emocional resultante de la muerte de un ser querido, el abandono de la pareja o la pérdida de empleo, p.ej., pueden también contribuir a aumentar el riesgo de suicidio.

La decisión sobre si una persona que se ha autolesionado debe ser derivada o no a un servicio de urgencias debe tener en consideración su situación médica pero también su estado emocional. Uno de los factores primarios de riesgo para el intento de suicidio son los intentos previos. Por lo tanto, debe asumir que todo paciente que ha intentado suicidarse está en situación de riesgo. Nunca deje sola a una persona que ha intentado suicidarse. Puede ayudar a proteger al paciente haciendo lo siguiente:

- Evacuando al paciente hasta urgencias hospitalarias donde quedará bajo observación y evaluación continua.
- Ayudar a los familiares, amigos u otras personas encargadas del cuidado del paciente a desarrollar un plan para que siempre esté acompañado por alguien.
- Ayudar a los familiares, amigos u otras personas encargadas del cuidado del paciente a asegurarse de que los medios letales, especialmente las armas de fuego

y los medicamentos, quedan fuera del alcance del paciente.

Ayudándose a sí mismo y a sus compañeros

Atender en un escenario como el que supone un intento de suicidio y más si éste llega a consumarse puede llegar a ser muy estresante, pero puede llegar a serlo más aún si un compañero está pensando en autolesionarse e intenta llegar a él.

Si cree que un compañero está pensando en el suicidio, puede preguntarle directamente, en privado. Si admite que está pensando en el suicidio o si le queda una seria duda a pesar de que niegue que esté pensando en autolesionarse, puede realizar una serie de acciones, desde ofertarle toda su ayuda hasta poner en prevención a algún familiar o amigo guardando siempre las medidas adecuadas de respeto y confidencialidad. Ayudar a un compañero no es tarea fácil y pueden surgir grandes dudas de dónde establecer los límites sin inmiscuirse en la vida íntima de la otra persona.

4.2. Ingreso hospitalario

El suicidio es mucho más frecuente entre las personas que reciben atención sanitaria. Entre un 2-6% son cometidos durante la hospitalización, y alrededor de un 50% de todas las personas que se suicidan fueron visitadas por un profesional clínico en las semanas anteriores a cometer el acto.

El suicidio durante la hospitalización es la causa del 14% de los casos centinela informados a la Joint Commission (2005).

Las estrategias para prevenir o minimizar el riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados deben abarcar al menos tres áreas (según el Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes):

A)Evaluación del paciente

Debe considerarse el riesgo de suicidio para todos los receptores de atención sanitaria. Sería conveniente seguir tres pasos; en primer lugar, hacer un cribado inicial de los factores relacionados con las conductas suicidas:

•Diagnóstico de enfermedad mental.

•Historia de ingresos psiquiátricos previos.

•Enfermedades somáticas, graves y crónicas.

•Comportamientos agitados e impulsivos, junto con sentimientos de depresión y desesperanza.

En segundo lugar, de los pacientes que cumplan uno o varios de los factores anteriores, se debería recoger información complementaria sobre:

•Comorbilidad de diagnósticos psiquiátricos.

•Abuso de sustancias.

•Intentos de suicidio previos.

•Exposición del paciente a conductas suicidas en el entorno cercano.

En tercer lugar, en los pacientes que han indicado su intención, debería hacerse una evaluación exhaustiva del riesgo de suicidio que contemple ideaciones suicidas, planes, medios y capacidad. La APA considera que la evaluación del riesgo de suicidio debería contemplar al menos factores de tipo demográfico, psicosocial, psiquiátrico, enfermedad física, dimensión psicológica, comportamiento, dimensiones cognitivas, traumas infantiles, factores genéticos y familiares.

De esta manera la identificación de un paciente con riesgo de suicidio debería poner en marcha estrategias de abordaje desde el ingreso, incluyendo monitorización constante de su situación, hasta la aplicación del tratamiento adecuado por los profesionales con formación al respecto.

B)Aspectos estructurales

En pacientes hospitalizados los principales mecanismos de suicidio son el ahorcamiento y después la precipitación. Los escenarios más habituales son el cuarto de baño y la propia habitación. Por este motivo el entorno asistencial debe estar diseñado de tal manera que se evite físicamente la posibilidad de que los pacientes se hagan daño a sí mismos. Las estrategias que se pueden implementar son las siguientes:

•Utilizar ventanas de apertura limitada (o con apertura abatible), cerradas por llaves custodiadas por personal sanitario.

•Revisar que las instalaciones del entorno sanitario, como elementos de fontanería (cañerías, alcachofas de ducha...), barras de armarios, no aguanten mucho peso o se rompan si se las fuerza a otros usos para los que no están diseñadas; de esta manera no podrán ser usadas para el ahorcamiento.

•Establecer mecanismos periódicos de revisión de los elementos estructurales rompibles.

•Instalar ventanas y espejos de cristales irrompibles.

•Ocultar o proteger enchufes, y el equipamiento eléctrico que no sea imprescindible.

•Evitar puertas que puedan ser cerradas por los pacientes y eviten el acceso a los profesionales.

•Utilizar mobiliario sólido para evitar que se rompa y se pueda usar como arma.

•Instalar mecanismos de monitorización (visualización) de las áreas de los pacientes de alto riesgo.

•Realizar un estudio de las medidas de seguridad existentes en las distintas unidades o espacios de la organización para establecer la posibilidad de ingresar pacientes con riesgo en habitaciones especialmente preparadas para ello.

C)Aspectos organizativos

Las organizaciones sanitarias deben establecer sistemas de trabajo y procedimientos que potencien la detección y el abordaje adecuado de los pacientes en riesgo de suicidio. Las medidas que se pueden tomar son las siguientes:

•Elaborar sistemas protocolizados de evaluación y reevaluación de pacientes, incluyendo la detección de pacientes con riesgo de suicidio en el cribado inicial, la reevaluación periódica del paciente con riesgo detectado en casa, cambio de turno de profesionales, incluyendo la valoración sobre los pensamientos suicidas.

•Ubicación del paciente en la unidad más adecuada a sus necesidades en función del riesgo detectado. Si no se pueden asegurar las condiciones de seguridad, será necesario trasladar al paciente a un centro que disponga de los medios adecuados.

•Proporcionar orientación y formación a los profesionales sobre la identificación de pacientes con riesgo de suicidio y las estrategias de minimización del riesgo. Debe evaluarse la formación y la competencia de los profesionales.

•Establecer sistemas estructurados de recogida y transmisión de información entre los profesionales sobre la situación y los riesgos de los pacientes, incidiendo en la transmisión de información en los cambios de turno.

•Establecer un sistema de monitorización/observación de los pacientes en riesgo de suicidio. Los cambios de turno de profesionales y las primeras horas de hospitalización del paciente son los momentos de mayor riesgo.

•Informar y educar a familiares y amigos de los factores de riesgo y de las medidas preventivas, para que también ellos colaboren en la prevención, dentro del hospital.

4.2.1. ¿Cuándo procede el ingreso hospitalario?

A)El ingreso está generalmente indicado

Si después de un intento suicida o un intento suicida abortado:

•El paciente presenta síntomas psicóticos.

•El intento fue violento, casi letal, o premeditado.

•Tomó precauciones para evitar ser rescatado o descubierto en el intento.

•Persiste en plan suicida.

•Ha aumentado el malestar o el paciente siente haber sobrevivido.

•El paciente es varón, mayor de 45 años, especialmente con nueva aparición de trastorno psíquico o pensamiento suicida.

•El paciente carece de apoyo social y/o familiar, incluyendo falta de domicilio estable.

•Conducta impulsiva actual, agitación grave, el déficit de juicio crítico o el rechazo a la ayuda es evidente.

•El paciente presenta alteraciones en su estado mental de origen metabólico, tóxico, infeccioso u otra etiología que requiera posterior evaluación y tratamiento en un ambiente más estructurado.

•En presencia de ideación suicida con:

-Un plan específico con alta letalidad.

-Alto riesgo de intento suicida.

B)El ingreso puede ser necesario

- •Tras un intento de suicidio o un intento de suicidio abortado, excepto en las circunstancias en las que esté indicado el ingreso.
- •En presencia de ideación suicida con:
  - -Síntomas psicóticos.
  - -Trastorno psiquiátrico grave.
- •Intentos previos, particularmente si tuvieron repercusiones médicas graves.
- •Posible condición médica influyente (trastorno neurológico agudo, cáncer, cuadro infeccioso, etc.).
- •Falta de respuesta o incapacidad de cooperar en tratamiento ambulatorio u hospital de día.
- •Cuando la supervisión médica es necesaria para el tratamiento.
- •Necesidad de evaluación diagnóstica más amplia que precise de un ambiente estructurado.
- •Escaso apoyo familiar o social, incluida la falta de domicilio estable.
- •Imposibilidad o dificultad de acceso al seguimiento ambulatorio.
- •En ausencia de intentos suicidas probados o de ideación suicida, planes suicidas o intentos suicidas referidos pero que de la evaluación psíquica y/o de la información colateral se deduce un alto nivel de riesgo suicida.

C)El alta domiciliaria tras la intervención de los servicios de emergencias con seguimiento por parte de los mismos puede ser posible

Tras un intento suicida o en presencia de ideación o plan suicida cuando:

- •El intento suicida es una reacción a acontecimientos precipitantes (fracaso en un examen, ruptura de pareja, etc.), particularmente si la perspectiva del paciente sobre la situación se ha modificado desde la llegada de los servicios de emergencias.

•El plan, el método y el intento son de baja letalidad.

•El paciente tiene una situación vital estable y con apoyos.

•El paciente es capaz de cooperar con las recomendaciones para el seguimiento, con derivación a su especialista, si ello fuera posible, si el paciente está en tratamiento en el momento actual.

D) El tratamiento ambulatorio puede ser más beneficioso que la hospitalización

•Si el paciente tiene ideación suicida crónica y/o autolesiones sin intentos anteriores con repercusiones médicas graves, y tiene una situación vital segura y cuenta con apoyos suficientes y recibe tratamiento ambulatorio continuado.

4.2.2. Suicidas recurrentes

La conducta suicida recurrente es más característica en los adolescentes y adultos jóvenes que en otros grupos de edad; las intervenciones son especialmente relevantes para este grupo y particularmente entre aquellos diagnosticados de trastorno límite de la personalidad; de hecho, entre uno de los criterios necesarios para diagnosticar este trastorno según el DSM-IV-TR (APA, 2001) están los "comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación".

Entre los pacientes suicidas crónicos tiende a ser muy baja la tolerancia al estrés y las respuestas y los recursos de afrontamiento son escasos. De este modo, además de abordar los problemas duraderos subyacentes al trastorno de personalidad, el tratamiento de los intentos de suicidio recurrentes y las conductas relacionadas debe ser a largo plazo y con el objetivo de identificar y tratar el déficit de habilidades (problemas de regulación emocional, tolerancia al estrés, control de la impulsividad, resolución de problemas, asertividad interpersonal, manejo de la ira, etc.).

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) se ha desarrollado y evaluado como un tratamiento comprensivo y conductual para la conducta suicida y parasuicida (Linchan, 1993). La TDC incluye modalidades de tratamiento individual y grupal, y se basa en los principios de las terapias cognitiva, conductual e interpersonal.

Los objetivos de la TDC son los siguientes:

•La dirección de comportamientos de alto riesgo de suicidio. Aunque las autolesiones y otras conductas suicidas instrumentales son raramente letales, la posibilidad de muerte accidental requiere atención inmediata. El objetivo es reemplazar el suicidio

instrumental con otras soluciones más adaptativas.

- Reducir las conductas que interfieren con el proceso terapéutico como las faltas a las sesiones, las exigencias, las hospitalizaciones, la incapacidad o el rechazo a trabajar en la terapia, los episodios psicóticos u otras crisis que interrumpen la terapia.

4.3. Terapia cognitivo-conductual en suicidio

Implicaciones de una perspectiva narrativa constructiva del suicidio

Se necesita que el psicoterapeuta se convierta en un "oyente exquisito" de cómo los pacientes suicidas cuentan su historia particular, prestando particular atención a los patrones de pensamiento y los sentimientos y conductas que los acompañan. Es necesario evaluar explícitamente la tendencia suicida y la narrativa.

Se necesita evaluar la capacidad del individuo para hacerse daño y determinar la historia de suicidio, diferenciando entre los que hacen una única intentona y los que hacen múltiples realizando una evaluación detallada.

Hay que estar atento a la presencia de victimización precoz y a las conclusiones resultantes que los pacientes dibujan sobre ellos mismos, los demás, el mundo y el futuro.

Es necesario considerar el papel de los esquemas de desarrollo, las metáforas y las imágenes, los esquemas mentales y conductuales y las asunciones condicionales si..., entonces", que predisponen a los individuos hacia las conductas suicidas.

Esto es válido específicamente en el tratamiento de las vulnerabilidades cognitivas que predisponen a los individuos para comprometerse en conductas suicidas. Estudios recientes que se centran en la reducción de los pensamientos suicidas (Berk et al., 2004; Brown et al., 2005) y el crear las habilidades de afrontamiento (Linehan et al., 2006) han informado de la reducción de un 50% de las conductas suicidas.

Las intervenciones necesitan ayudar a los pacientes suicidas a transformar la desesperanza en esperanza. El tratamiento necesita ayudar a los individuos suicidas a desarrollar estrategias de afrontamiento saludables, empleando técnicas de resolución de problemas para desafiar y combatir. "El suicidio es un mundo cerrado con su propia lógica irresistible... Una vez que un hombre decide tomar su propia vida entra en un cerrado, impregnable, pero completamente convincente mundo, donde cada detalle se ajusta y cada incidente refuerza su decisión" (A.Álvarez).

El modelo de tratamiento desarrollado por Meinchembaum deriva de la perspectiva de construcción narrativa e incorpora técnicas de TCC. Está en deuda con los trabajos de Beck, Joiner, Linchan, Rud et al., que fueron los pioneros en esta materia.

Si los pacientes suicidas tienen un modo específico de contar sus propias historias y las de los demás que contribuyen a las conductas suicidas, la cuestión es cómo puede el psicoterapeuta ayudar al paciente a reconstruir historias y conductas más adaptativas.

El paciente cambia los datos almacenados por otros incompatibles con sus expectativas y creencias anteriores. Fuera de la fortaleza de la alianza terapéutica, el terapeuta ayuda al paciente a aceptar los datos como pruebas para descongelar las creencias que mantiene sobre sí mismo, los demás y el futuro. El terapeuta también asegura que el paciente tiene el valor y las habilidades de afrontamiento intra e interpersonales para llevar a cabo experimentos personales que le permitan refutar los datos discordantes. Se pueden utilizar varios procedimientos psicoterapéuticos: la discusión socrática, la reestructuración cognitiva, la formación en resolución de problemas y habilidades de afrontamiento y los procedimientos de prevención de recaídas.

Antes de considerar intervenciones específicas se necesita en primer lugar reconocer los desafíos de trabajar con pacientes suicidas.

Una lección importante que no se puede olvidar son las energías y recursos necesarios para llevar a cabo una terapia con pacientes suicidas. Los pacientes suicidas tienen un alto porcentaje de abandono de la terapia, pueden no mostrarse adherentes al tratamiento y realizar un considerable número de conductas anti-terapéuticas (llegar tarde a terapia, no participar, negar, baja tolerancia al estrés o explosiones emocionales). Sólo entre el 20 y el 40% de los pacientes ingresados por problemas relacionados con el suicidio acuden a tratamiento ambulatorio una vez que se les da el alta hospitalaria.

El terapeuta tiene que ser proactivo para asegurar la continuidad del tratamiento, demostrando horarios flexibles, utilizar llamadas telefónicas de recuerdo, realizar sesiones telefónicas cuando sea necesario y comprometer un equipo de tratamiento que incluya al paciente y a su familia (cuando proceda). El terapeuta necesita colaborar con el suicida para anticipar y dirigir el potencial individual, social y las barreras del sistema al tratamiento. También necesitan controlarse algunos problemas vitales (alojamiento, transporte, autocuidado, etc.). Según Ghahramanlou-Holloway et al. (2008), el contacto terapéutico con el paciente debe comenzar inmediatamente después del intento autolítico (72 horas) y debería comenzar en la misma intervención de emergencia.

4.3.1. Etapas en la terapia cognitiva con pacientes suicidas

En el modelo de terapia cognitiva con pacientes suicidas se proponen una serie de etapas, que se describen a continuación:

A)Establecimiento de la alianza terapéutica con el paciente suicida

La primera tarea y la más crítica en el trabajo con pacientes suicidas es la capacidad de desarrollar y mantener una buena alianza terapéutica con la que poder actuar como un excelente factor protector de salvaguarda (Messer y Wampold, 2002). Ghahramanlou-Holloway, Brown y Beck (2008, p. 162) ofrecen una sabia advertencia sobre los modos de establecer una buena alianza de trabajo con los pacientes suicidas. Advierten al terapeuta:

> Sé atento, conserva la calma y proporciona al paciente un ambiente privado, no amenazante y de apoyo para discutir sobre las dificultades experimentadas. No expreses ira, exasperación o pasividad hostil. Sé franco y confiado en los modos y en el lenguaje para proporcionar al paciente una fuente estable de apoyo en el momento de la crisis. Presiona un acercamiento de equipo al problema presentado; por ejemplo, usa libremente el pronombre colaborativo "nosotros" cuando discutáis sobre la conducta suicida. Modela la esperanza, pero asegúrate de conocer el malestar y la perspectiva del paciente sobre el problema. No evites el uso de la palabra suicidio, porque da la impresión de que estigmatizas el concepto. Lo más importante, no sugieras la hospitalización de forma inmediata. En nuestra experiencia, los pacientes están más agradables si el terapeuta explora cuidadosamente varias opciones seguras, después planifica para la respuesta clínicamente más apropiada a un episodio suicida agudo.

Que el paciente narre su historia a su paso. Dirija el análisis de la cadena conductual de eventos de los factores próximos que han disparado el intento suicida. Implique a otros familiares como fuente de información con respecto al intento de suicidio. Asegúrese de que el paciente está a salvo. Ayude al paciente a definir la crisis suicida. Recuerde que el paciente comunica lo mal que se siente.

Como se ha señalado, el uso del "nosotros" y transmite un enfoque de trabajo en equipo para comprender los acontecimientos que han disparado los pensamientos de suicidio. Utilice palabras como "matarte" o "autoaniquilación" cuando se refiera al suicidio.

Ayude al paciente a ver el suicidio como un intento de resolver un problema. Transmita que no desea que el paciente utilice una "solución permanente para lo que

puede ser un problema temporal" (modifique este mensaje para pacientes con enfermedades crónicas). Utilice procedimientos de la entrevista motivacional. Zerler (2008) propuso cómo aplicar los principios de la entrevista motivacional con pacientes suicidas. Los cuatro principios de la entrevista motivacional son: expresar empatía, crear discrepancia ente las conductas y valores presentes del paciente, evitar la discusión y darle un giro a la resistencia, respetando ambos lados de la ambivalencia desde la perspectiva del paciente. El terapeuta puede empatizar con las necesidades que dan salida a la ideación suicida sin aprobar las conductas suicidas. Finalmente, el terapeuta puede apoyar la autoeficacia del paciente actuando como guía o consultor, sugiriendo posibles modos de proceder. Elimina las barreras que pueden contribuir a conductas antiterapéuticas.

Periódicamente resume durante la sesión y al final de ésta. Cuando la psicoterapia avance, pide al paciente que resuma lo que ha trabajado en la sesión, el trabajo entre sesiones y por qué debe realizar estas actividades (tareas para casa). Haz un recordatorio de lo que el paciente y los familiares deben hacer en casa.

Los terapeutas deben modelar la esperanza y la obstinación y transmitir un enfoque de equipo. El terapeuta CC no se conforma con la historia depresiva que el paciente suicida le cuenta, también pregunta por el resto de la historia, las fortalezas, la resiliencia y los instintos de conservación.

Enseña al paciente y a su familia sinceridad y confianza. Deben sentirse escuchados. Solicita feedback regularmente del paciente y de sus familiares. Pregunta:

> Voy a chequear cómo habéis encontrado nuestra reunión de hoy. ¿Hay algunas cosas que dije o hice, o no dije o no hice, que encontraste particularmente de ayuda o particularmente que no te servían o te molestaron? ¿Qué puedo hacer de forma diferente en la próxima cita?

La importancia crítica de la alianza terapéutica ha sido resaltada por Joiner (2005) y Joiner y Van Orden (2008). Bajo el título de terapia de pertenencia, describen el estudio de Motto y Bostrom (2001) que envió a pacientes en alto riesgo cartas amables reflejando expresiones breves de preocupación y recordatorio de que el despacho estaba accesible cuando lo necesitase el paciente. La carta estaba personalizada, firmada por la persona responsable del tratamiento y cualquier nota que el paciente envió en respuesta a la carta anterior se contestó en la carta siguiente.

La carta que expresaba cariño y disponibilidad fue efectiva en la reducción de las tentativas suicidas en pacientes que habían rechazado tratamiento posterior después de la

hospitalización. Un ejemplo de la carta que se les envió:

> Estimado.....: Ha pasado algún tiempo desde que estuvo hospitalizado, y esperamos que las cosas le vayan bien. Si lo desea puede enviarnos una nota y estaríamos muy contentos de poder escucharle.

B)Psicoeducación

- •Llevar a cabo los procesos de evaluación. Proporcione feedback desde la evaluación y utilice el modelo de conceptualización del caso para ayudar al paciente y familiares a comprender mejor los factores de riesgo y de protección.

- •Eduque al paciente y familiares sobre los trastornos y el modelo cognitivo de depresión y suicidio, y el plan de tratamiento propuesto.

- •Ayude al paciente y a los familiares a apreciar el papel de las señales de alarma y el papel de los factores ambientales que pueden potenciar los intentos de suicidio (p. ej., dejar la medicación, no dormir, conductas de abuso de sustancias, episodios maniacos, conductas de falta de compromiso y de aislamiento social).

- •Utilice los autorregistros, la metáfora del reloj, la explicación de la espiral hacia abajo.

- •Desarrolle un plan de seguridad sobre los modos en los que el paciente puede solicitar ayuda.

- •Proporcione biblioterapia para el paciente y sus familiares (Ellis y Newman, 1996).

- •Utilice la metáfora de la urgencia para describir la tendencia al suicidio.

- •Como parte de la psicoeducación continuada asegure que el paciente:

  -Recuerda lo que sucedió durante las sesiones y lo comparte con los familiares.

  -Haga un cuaderno de autoayuda que resuma las actividades de afrontamiento.

  -Tenga un plan de seguridad.

  -Tenga cartas de afrontamiento de la crisis.

  -Tenga un kit antisuicidio o cofre de la esperanza con recuerdos de realizaciones y razones para vivir.

-Tenga información específica sobre modos de contactar con los recursos especializados.

C)Generar esperanza

•Participar en el establecimiento de objetivos (la esperanza se equipara con el pensamiento dirigido hacia objetivos).

•Centrarse en objetivos concretos que se pueden alcanzar.

•Ayudar al paciente a apreciar el progreso realizado.

•Emplear un kit antisuicidio. Explorar razones para vivir.

•Introducir al paciente en modelos de afrontamiento.

•Implicar a familiares a participar como coterapeutas.

•Evaluar y construir en fortalezas.

•Utilizar líneas de la vida. Se pueden trazar de forma colaborativa con el paciente suicida y sus familiares tres líneas de la vida.

-Línea de la vida 1: desde el nacimiento hasta el momento actual, lista de estresores e intervenciones.

-Línea de la vida 2: dibuja la evidencia de la resiliencia y fortalezas individuales, familiares y culturales.

-Línea de la vida 3: compromete al paciente suicida con el establecimiento de objetivos. Esta línea comienza en el presente y se extiende hacia el futuro.

•Utilizar procedimientos de imaginar tiempos futuros:

-Anime al paciente a reconectar con familiares de apoyo y prosociales y se comprometa en tareas vitales y retomar proyectos vitales inacabados.

-Transmita que la psicoterapia está implicada en la promoción de la vida y no en la sola prevención del suicidio.

-Está diseñada para ayudar a los pacientes a desarrollar una vida que merece la pena vivirse (Linchan, 1993).

D)Enseñar habilidades de afrontamiento

•Ayude al paciente a desarrollar estrategias compensatorias internas y externas.

•Dirija la impulsividad del paciente y genere la regulación emocional y habilidades de tolerancia al estrés.

•Comprometa al paciente en la solución de problemas y formación en comunicación centrándose en los problemas que han precipitado el intento suicida más reciente.

•Realice terapia cognitiva de la depresión.

•Aumente ¿uso adaptativo por parte del paciente de los apoyos sociales y desarrolle modos de ampliar las redes de apoyo social.

•Construya en activación conductual y programación de actividades diarias.

•Utilice procedimientos de formación en habilidades conductuales (autoinstrucciones, inoculación de estrés, etc.).

•Use estrategias de mindfulnessy aceptación, voluntad de experimentar pensamientos, sentimientos y situaciones completamente, en un modo no crítico (Hayes et al., 2004; Hofmann y Asmundson, 2008 y Ost, 2008).

•Utilice procedimientos de rehabilitación (p. ej., ejercicios de memoria y atención) con el fin de practicar ensayos de autoeficacia en pacientes suicidas con daño cerebral traumático y otros pacientes (Hogan, 1999 y Meichenbaum, 2002, modos de aplicar procedimientos de TCC en pacientes con DCT).

•Ayude a fomentar entornos sociales positivos, de apoyo, "prótesis cognitivas".

•Aumente el uso de medicación y la adherencia del paciente con los servicios adjuntos que trabajan de una forma integrada (p. ej., toma de psicofármacos). Brent et al., 2008, demostraron que los pacientes suicidas adolescentes deprimidos que no tenían una respuesta inicial a los ISRS (sobre el 40%) se beneficiaban más de una combinación de TCC más otra medicación que sólo la medicación.

•Se necesita proporcionar tratamientos integrados. Cuando los fármacos psicotrópicos se utilizan es útil discutir con el paciente cómo la medicación permite al paciente comportarse de forma diferente (p. ej., advertir las señales de peligro, búsqueda de ayuda, poner un CD diferente en su cabeza). Es válido analizar la mejora de

atributos que la medicación le ha permitido realizar o hacer las cosas de forma diferente.

- Cuando sea indicado, tratar los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) (p. ej., síntomas de hipervigilancia e hiperactivación, síntomas de reexperimentación, afecto aplanado, desapego afectivo, etc.).

- Continuar las directrices de generalización utilizando los deberes para casa, implicando a los familiares, notas recordatorias, ensayos conductuales, autoatribución, etc. Ponga al paciente en un papel consultivo de mostrar, explicar y enseñar. Utilice la consulta telefónica y las visitas a casa.

E)Dirigir los problemas de los trastornos comórbidos

Dada la alta incidencia de la conducta suicida con otros trastornos como el Trastorno Depresivo Mayor, TEPT, Trastornos Psicóticos, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Abuso de sustancias, Trastornos de Personalidad y Enfermedades médicas, se necesita proporcionar tratamientos integrativos. El psicoterapeuta tiene que elegir para proporcionar tratamientos secuenciales, concurrentes o integrativos.

Los tratamientos integrativos destacan para los pacientes suicidas cómo se desarrolló su ideación y su conducta suicida y cómo esos actos suicidas entran en un proceso de círculo vicioso y cómo se interconectan con eventos precipitantes y los actos conductuales y las consecuencias resultantes (uso de la metáfora del reloj).

- Deben emplearse intervenciones basadas en la evidencia para tratar los trastornos psiquiátricos comórbidos.

Por ejemplo, la exposición prolongada para pacientes con TEPT, terapia cognitiva y terapia interpersonal y procedimientos de activación conductual para pacientes suicidas con trastorno depresivo mayor comórbido, prevención de recaídas en pacientes suicidas con abuso de sustancias, terapia dialéctica conductual con pacientes con trastorno límite de la personalidad.

El reto es cómo mantener la comunicación y un mensaje común con el paciente suicida cuando hay varios terapeutas. Esto se destaca cuando se combinan la medicación psicotrópica con psicoterapia. No sólo se necesita proporcionar consejo de adherencia al tratamiento al paciente suicida a través de los agentes del tratamiento, sino que también se necesita proporcionar un modelo psicoeducativo común de ideación y conducta suicida (Meichenbaum, 2005).

F)Procedimientos de prevención de recaídas

•Necesidad de equipar al paciente sobre cómo tratar con futuras posibles adversidades, recaídas y recurrencias, fluctuaciones del estado de ánimo y posibles reveses. (Si sufro una caída, esto no quiere decir que vuelva al punto de partida.

•Ayude al paciente suicida a disminuir la constricción y la rigidez aprendiendo a cómo comprometerse en solución de problemas en base a considerar un amplio rango de opciones posibles. Ayudar al paciente a dibujar un posible nuevo curso, aceptando soluciones menos perfectas (Clum y Lerner, 1990; Salkovskis et al., 1990).

•Mostrar al paciente y a sus familiares reconocidos el punto límite hasta donde pueden llegar para mejorar.

•Necesidad de ayudar al paciente a desarrollar razones para vivir y reclamar una vida que merezca la pena ser vivida.

•Tener experiencias que reafirmen la vida. Que el paciente se visualice en crisis suicidas futuras.

•Utilizar imaginería visual dirigida para emplear sus habilidades de afrontamiento para tratar con los eventos que le han llevado a la crisis suicida y los modos de manejar las urgencias suicidas.

•Ayudar al paciente a hacer elecciones adecuadas en respuesta a los malos sentimientos. El ensayo de esos procedimientos de imaginería se pueden utilizar en las áreas de prevención de recaídas que impliquen los escenarios pasados y potencialmente estresantes que pueden disparar la ideación y la conducta suicidas en una especie de inoculación de estrés (Meichenbaum, 2007). El que se finalicen con éxito o no esas tareas puede usarse para determinar si se requiere la terminación gradual del tratamiento o si se garantiza tratamiento posterior. De este modo, la longitud del tratamiento está basada en la ejecución, antes que en una arbitraria predeterminación del tiempo.

Imaginar los obstáculos posibles y cómo pueden dirigirse.

Esta vez sí puede cambiar el resultado. Podemos ir a través de esta imagen otra vez, pero esta vez sí que puede imaginarse afrontando con cada problema que surge. Esta vez está apuntando a acabar con el mejor resultado posible. Imagine que está utilizando las herramientas con las que hemos trabajado.

•Haga preguntas de este tipo:

-Revisemos nuestro trabajo juntos y las cosas que se ha dado cuenta que le llevan al suicidio.¿Qué vas a tener en cuenta en este momento?

-¿Cuáles son las situaciones que le ponen en el disparadero?

-Cuando se encuentra con W, siente X, y tiene el pensamiento Y, y hace Z. (Utilice la metáfora del reloj siendo las 12 los disparadores internos o externos, las 3 las emociones primarias y secundarias, las 6 varias cogniciones; y las 9 conductas específicas y las consecuencias resultantes - todas contribuyen a un círculo vicioso).

-Tiene una imagen en su cabeza de...

-Su mente le dice...

-Usted se está diciendo a sí mismo...

-Vamos a hablar a través de la cadena de eventos que le llevaron al intento suicida. Vamos a pensar en esto como una cámara de vídeo a cámara lenta y podemos empezar a cambiar la secuencia.

•Implique a los familiares. Las intervenciones cognitivo-conductuales basadas en la familia (FISP), descritas por Asarnow, Huey y Rotheram-Borus, destacan el valor de comprometer a los padres en los pasos y proteger, mientras que los jóvenes desarrollan las habilidades de afrontamiento. FISP trabaja en resaltar la comunicación familiar y las habilidades de resolución de problemas.

•Gradualmente pasar a una sesión quincenal y posteriormente una al mes para pasar a hacer el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

G)Descripciones de intervenciones adicionales. Desarrollo de un plan de seguridad (Brown et al., 2006)

El plan de seguridad del paciente debería incluir la información de contacto (números de teléfono):

1.Del terapeuta.

2.De los terapeutas telefónicos a los que se puede acceder fuera de las horas de

consulta.

3. Centros de evaluación psiquiátrica de emergencia.

4. Otros servicios locales de apoyo para gestionar las llamadas de emergencia.

5. Familiares/amigos.

6. También, tener constancia de las razones de por qué es importante tener estos contactos y buscar ayuda.

4.4. Derivación a unidades específicas de tratamiento

En algunos hospitales existen unidades específicas para el tratamiento de pacientes suicidas. Estas unidades disponen de sistemas especiales de vigilancia y atención continua para el tratamiento de las crisis agudas. La hospitalización en estas unidades suele ser breve y con autorización judicial, siendo, en ocasiones, necesaria la contención mecánica del paciente (cuadros confusionales, de agitación y agresivos).

4.5. Asistencia telefónica

Las líneas telefónicas de prevención del suicidio son números telefónicos gratuitos a los que se puede llamar en situación de crisis las veinticuatro horas del día todos los días del año. Su misión es proporcionar servicio de ayuda a aquellas personas que están en riesgo de suicidio o a las que están preocupadas por otra persona que está en riesgo. Las líneas telefónicas de prevención del suicidio pueden incluir la evaluación del riesgo de suicidio, la intervención en crisis o la derivación a los servicios comunitarios adecuados.

No existe evidencia científica suficiente para determinar su efectividad en la reducción del porcentaje de suicidios de las personas que recurren a ellas (Mann et al., 2005), debido a las dificultades éticas inherentes en la realización de los estudios aleatorios y a la confidencial ¡dad de los datos.

La medida más clara sobre la efectividad de la intervención a través de la asistencia telefónica sería un estudio de seguimiento para determinar si las personas atendidas han continuado con sus ideas suicidas tras haber realizado la llamada, o en el peor de los casos, se han suicidado. Gould, Kalafat et al. (2007) llegaron a la conclusión en su estudio que aquellos individuos con ideación autolítica grave que habían usado los servicios de las líneas telefónicas de crisis habían disminuido de forma significativa su ideación autolítica durante el transcurso de la llamada, con disminución continuada de la desesperanza y del dolor psicológico en las semanas siguientes. Adicionalmente, refieren

la evidencia anecdótica del personal de los centros de crisis que, al ser entrevistados, contestaron que las personas atendidas respondían de forma positiva a los consejos psicológicos y a los recursos proporcionados para continuar los cuidados.

4.5.1. Estrategias de asistencia psicológica telefónica

En este apartado se analizan las diferentes estrategias usadas en la asistencia psicológica telefónica para la prevención del suicidio.

A)Evaluación de la demanda de asistencia telefónica

Cuando se presenta una demanda de atención a un presunto suicida, el profesional de guardia o el escucha telefónico debe evaluar de manera rápida el motivo de consulta urgente y decidir cuál es la mejor actuación a seguir. Por eso es conveniente que el entorno de valoración sea lo más tranquilo y acogedor posible, sin interrupciones.

Es imprescindible una evaluación minuciosa de los acontecimientos de la vida de la persona ocurridos en los dos o tres días anteriores al comportamiento suicida y lo que ha ocurrido en relación a la conducta suicida actual.

Se deberá buscar una buena alianza terapéutica, siendo empático y evitando engaños; al mismo tiempo hay que tener en cuenta que por teléfono no se puede observar el lenguaje no verbal, su aspecto externo, la psicomotricidad. Se debe partir de una valoración de la historia clínica a partir de datos aportados por el propio paciente y por sus familiares (Hernández et al., 2004).

Los objetivos de la entrevista en estas circunstancias son, según García Campayo et al. (2006):

1. Establecer suficiente comunicación personal con el paciente para que no retenga información y no se resista a una intervención por parte de un profesional de la salud mental.

2. Determinar los factores de riesgo del suicidio del individuo, para intentar predecir el riesgo.

3. Evaluar algunas cuestiones. Los aspectos que deben tenerse en cuenta son varios, porque hay múltiples factores psiquiátricos y psicológicos detrás de la decisión de una persona de poner fin a su vida.

   a)Gravedad de los intentos suicidas anteriores (véase el cuadro 4.4).

b) Grado de elaboración de la ideación suicida. Conocer la existencia o no de planes suicidas (véase el cuadro 4.5).

c) Orientación futura: ver si el paciente tiene planes de futuro, si son realistas; es fundamental conocer si hay desesperanza hacia el futuro, porque este aspecto correlaciona de manera alta con el riesgo de suicidio.

Cuadro 4.4. Evaluación de la gravedad de los intentos autolíticos previos (tomado de la OMS, 1994)

- ¿Fue peligroso el método suicida elegido?
- ¿Creía el paciente que iba a sobrevivir? ¿Se sorprendió de ello?
- ¿Podía ser descubierto? ¿Sintió alivio al ser salvado?
- ¿Estaba pidiendo ayuda o quería morir?
- ¿Fue un intento impulsivo o planeado?
- ¿Han cambiado las circunstancias del individuo y del entorno desde entonces?

Cuadro 4.5. Evaluación de la ideación suicida en la entrevista clínica (modificado de García Campayo et al., 2001)

Para la planificación de la ideación suicida habría una graduación progresiva en 4 estadios:

1. *Idea de muerte:* pensamientos del tipo "Ojalá me muriese" (sin intervención activa por parte del individuo). La mayoría de la población lo ha pensado en alguna ocasión y el riesgo es mínimo.
2. *Idea de suicidio no estructurada:* pensamientos del tipo "Me mataría" (sin desarrollar el método ni el momento). Es muy frecuente en la depresión, el riesgo es bajo.
3. *Idea suicida estructurada:* pensamientos del tipo "Me mataría con tal/cual instrumento, o de tal manera" (pero no tiene el instrumento todavía). El riesgo es medio.
4. *Idea suicida estructurada con medios disponibles:* desea firmemente matarse, ha decidido cómo y posee los medios. El riesgo es máximo.

Autocontrol: el abuso de alcohol o drogas limita el autocontrol, incrementando el riesgo.
Controles externos: la soledad aumenta el riesgo, mientras que la existencia de buenos apoyos sociales que puedan controlar a la persona lo minimiza.
Dificultades sociales: la marginación, la falta de expectativas, el desempleo y, en general, la falta de identificación con la sociedad y sus valores (anomia) aumentan el riesgo.

Las amenazas de suicidio significan desesperación y una petición de auxilio. Siempre se deben tener en cuenta muy seriamente los sentimientos, pensamientos, comportamientos o planes de suicidio. Todo niño o adolescente que expresa ideas de suicidio debe ser explorado inmediatamente. No hay que olvidar que las señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas pueden parecerse a las de otras condiciones médicas o problemas psiquiátricos. Una buena evaluación puede hacer un buen diagnóstico diferencial.

El suicida suele aceptar el diálogo cuando percibe que no hay una actitud moralizante. La entrevista debe hacerse con privacidad hacia el paciente; generalmente la persona sólo se encuentra libre para expresar sentimientos y los motivos suicidas si se encuentra a solas con el profesional de salud mental. Si necesitamos recabar información de la familia se hará de manera independiente, antes o después de hablar con la persona.

Debe establecerse una cierta relación y comunicación personal, partiendo de preguntas generales a otras más específicas. Después se puede preguntar directamente al paciente por la ideación o el acto suicida, salvo que haya otras circunstancias que desaconsejen hacerlo (Acinas y Muñoz, 2008); de esta manera, la persona se siente aliviada.

El abordaje debe ser en el contexto de si el paciente se siente mal, desesperado, sin horizontes. Se pueden plantear frases del tipo (García Campayo et al., 2006): Me pregunto si, con ese estado de ánimo deprimido que tiene, ¿se siente usted tan mal en ocasiones que preferiría no seguir adelante, tirar la toalla? De esta manera el paciente entiende lo que se le pregunta y seguirá hablando; si no es suficiente se puede añadir: Lo que quiero decir es que si había pensado que no valía la pena seguir viviendo.

B)Intervención psicológica telefónica en conducta suicida

Lo mismo que la evaluación telefónica del riesgo suicida tiene limitaciones también éstas aparecen cuando se realiza la intervención telefónica sobre la conducta suicida.

Entre la primera y la segunda fase de evolución de la conducta suicida es necesario preguntar al paciente por el riesgo suicida, de manera estratégica; se pueden emplear preguntas del tipo:

-¿Piensa en la muerte?

-¿Ha sentido alguna vez que la vida no merece ser vivida?

-¿Desearía estar muerto/a?

-¿Piensa hacerse daño de alguna manera?

-¿Tiene algún plan para hacerlo?

-¿Qué le ha ayudado a no hacerlo?

Si se contacta con la familia es conveniente tener en cuenta sus sentimientos hacia el

paciente y sus pensamientos sobre el intento de suicidio, y sobre intentos previos, si los ha habido. No hay que pasar por alto que los familiares que convivan con el suicida pueden sentirse angustiados y violentos por la situación que se ha desencadenado e incluso pueden aflorar sentimientos de culpabilidad entre los allegados.

4.6. Tratamiento farmacológico y psiquiátrico

El abordaje terapéutico integral del paciente suicida incluye el uso de los fármacos para el tratamiento de los síntomas psiquiátricos asociados a la conducta suicida. En este apartado se revisan algunos de los criterios para la selección de estos medicamentos.

4.6.1. Tratamiento farmacológico en la conducta suicida

Intervenciones psicofarmacológicas inmediatas

Los síntomas psiquiátricos más frecuentes que se asocian con riesgo agudo para realizar conductas suicidas incluyen: agitación, ansiedad, insomnio, abuso de sustancias agudo, desregulación afectiva, depresión profunda y psicosis. Las únicas dos medicaciones basadas en la evidencia que han demostrado disminuir la conducta suicida son el litio (habitualmente prescrito para el trastorno bipolar y la depresión unipolar recurrente) y la clozapina (habitualmente prescrita para los trastornos esquizofrénicos). Sin embargo, estas medicaciones no alcanzan los niveles terapéuticos de forma inmediata. Adicionalmente, se recomiendan los hipnóticos/sedantes para los síntomas de insomnio, y los ansiolíticos para el tratamiento de la ansiedad y la agitación.

En EE UU para mantenerse dentro de las directrices de la Administración de Veteranos, está indicado prescribir ansiolíticos, hipnóticos/sedantes y medicaciones antipsicóticas de corta duración hasta las dosis máximas indicadas para controlar directamente la agitación, la irritabilidad, la ansiedad psíquica, el insomnio y la psicosis aguda hasta el tiempo en que se pueda realizar una evaluación de la salud conductual. La cantidad y el tipo de fármacos para dirigir estas presentaciones clínicas necesitan ser cuidadosamente elegidos y pautados cuando el individuo está bajo la influencia del alcohol, de sustancias ilegales u otras medicaciones prescritas o con sobredosis.

Aunque los síntomas depresivos se asocian frecuentemente con riesgo suicida, ninguna medicación antidepresiva ha demostrado todavía disminuir el riesgo de suicidio en pacientes depresivos. Sin embargo, a causa de la relación entre bajos niveles de serotonina en LCR (Líquido Cefalorraquídeo) y la emergencia de la agresión e impulsividad, los ISRS se han recomendado para el tratamiento de los trastornos depresivos cuando hay riesgo suicida presente. Sin embargo, el tratamiento con ISRS

debe ser cuidadosamente controlado y gestionado durante la fase inicial del tratamiento porque puede incrementar la ideación y la conducta suicidas durante este tiempo.

En febrero de 2007, la Food and Drug Administration (FDA) propuso que los responsables de todas las medicaciones antidepresivas actualizaran el recuadro negro existente en el etiquetado de sus productos para incluir advertencias sobre el aumento del riesgo de los pensamientos y la conducta suicidas en adultos jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y los 24 años durante el inicio del tratamiento (generalmente el primer y segundo mes). Los cambios propuestos en el etiquetado también incluían de claraciones de los datos científicos, no mostraban este aumento del riesgo en adultos mayores de 24 años, y que los adultos de 65 años y mayores que están tomando antidepresivos tienen disminuido el riesgo de suicidio. Las declaraciones de advertencia propuestas resaltan que la depresión y otros trastornos psiquiátricos graves son las causas más importantes de suicidio.

4.6.2. Precauciones en el uso de fármacos con suicidas

Cuando sea necesaria la prescripción de psicofármacos a un paciente suicida para el tratamiento de la psicopatología psiquiátrica subyacente, resulta de vital importancia extremar las precauciones ya que el paciente puede decidir llevar a cabo el intento suicida con los fármacos que le han prescrito y que tiene a su disposición. Es aconsejable que el control de la medicación esté a cargo de algún familiar y sea este familiar el encargado de administrar la medicación en cada toma y custodiar el resto, evitando que esté al alcance del paciente.

4.6.3. Otros tratamientos médicos no psicofarmacológicos

La Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto refiere que debería considerarse como tratamiento de primera línea en situaciones agudas de riesgo de suicidio (pág. 61) la terapia electroconvulsiva (TEC). Esta técnica provoca, mediante la estimulación eléctrica intencional y con fines terapéuticos del sistema nervioso central, una crisis comicial generalizada. Se administra en quirófano y bajo sedación.

Resumen e ideas claves

-En la evaluación e intervención sobre la conducta suicida es necesario tener en cuenta la información que aporte el propio paciente y la familia.

-Es recomendable atender la crisis suicida en el dispositivo asistencial que esté

atendiendo al paciente.

-En muchos casos, las actuaciones con el paciente y la familia deben ser independientes y no hablar al mismo tiempo con ambos.

-Cuando la demanda de actuación psicológica venga vía telefónica hay que ser mucho más cuidadosos con las estrategias llevadas a cabo y es más importante el establecimiento de una alianza terapéutica previa antes de cualquier acción terapéutica sobre la conducta suicida en sí misma.

-Preguntar directamente sobre la conducta suicida cuando exista un riesgo importante o presión de tiempo.

-Los momentos de mayor riesgo para que un paciente se suicide en un hospital son los primeros momentos de la hospitalización y los cambios de turno del personal.

-Deben cuidarse las condiciones estructurales de las organizaciones sanitarias para evitar o prevenir conductas suicidas en los pacientes, esto incluye considerar aspectos como mobiliario, apertura de ventanas, cañerías, alcachofas de duchas, barras de armarios...

-La coordinación de los diversos dispositivos asistenciales implicados en la atención del suicida garantiza la continuidad asistencial del paciente y la coherencia del plan de tratamiento.

-Si es posible, acompañar al paciente en el itinerario asistencial interservicios.

Preguntas de autoevaluación

1. El alta domiciliaria tras la intervención de los servicios de emergencias con seguimiento por parte de los mismos puede ser posible cuando (señale la opción incorrecta):

a)El intento suicida es una reacción a acontecimientos precipitantes.

b)El plan, el método y el intento son de baja letalidad.

c)Ha trazado un método para no ser descubierto.

d)El paciente es capaz de cooperar con las recomendaciones para el seguimiento.

e)El paciente tiene una situación vital estable y con apoyos.

2.¿Cuál de los siguientes no es un indicio directo de riesgo inminente de suicidio o intento de suicidio?

a)El alta hospitalaria.

b)Amenazas suicidas.

c)Planes suicidas o preparación del suicidio.

d)Intento de suicidio el año anterior.

e)Ideación suicida.

3.La Food and Drug Administration (FDA) aconseja tener especial cuidado con la prescripción de fármacos antidepresivos a jóvenes. ¿Hasta qué edad aconseja mantener las precauciones?

a)Mayores de 15 años.

b)Mayores de 18 años.

c)Mayores de 24 años.

d)Mayores de 25 años.

e)Mayores de 30 años.

4.El ingreso hospitalario procede si (señale la opción incorrecta):

a)El paciente presenta síntomas psicóticos.

h)El intento fue violento, casi letal, o premeditado.

c)El paciente es mujer, mayor de 65 años, especialmente con nueva aparición de trastorno psíquico o pensamiento suicida.

d)Tomó precauciones para evitar ser rescatado o descubierto en el intento.

e) Persiste el plan suicida.

5.La llamada Terapia Dialéctica Conductual fue propuesta por:

a)Beck.

h)Meinchenbaum.

c)Farbelow.

d)Shapiro.

e)Linehan.

5

Intervención psicológica con familiares y allegados del suicida

La posibilidad de que un ser querido se quite la vida es dificil de soportar en condiciones normales; la idea de no haber entendido la gravedad de la situación de la persona puede ser intolerable para los familiares supervivientes.

La intervención psicológica va a variar en función de la fase de la conducta suicida, si se ha consumado, si se ha intentado y no ha tenido éxito, o si ha pasado tiempo desde la consumación y la familia está en proceso de elaboración del duelo.

Cuando una persona muestra que quiere acabar con su vida se producen momentos de mucha tensión a su alrededor en familiares, allegados o cualquier persona que simplemente conocía a la persona que se ha intentando suicidar. Dependiendo de cómo se maneje con la familia la situación, puede tener connotaciones negativas o encauzar de manera constructiva.

El entorno de la persona participa siempre en el acto suicida, independientemente de cómo lo perciba el suicida (culpabilizador, acusador, indiferente, provocador, ausente...). Además puede proporcionarnos informaciones importantes. Pero la familia puede ser asfixiante y mal tolerada por el sujeto que desea suicidarse; vive el suicidio de su ser querido como una crisis. Se mezclan sentimientos de culpabilidad por no haberlo evitado o por no haberlo detectado a tiempo con las decisiones que deben tomar en ese momento tras las lesiones graves o la muerte de su familiar.

5.i. Durante la crisis suicida

En este capítulo se plantea una actuación del profesional de la salud mental con la familia o allegados diferenciando varios momentos (durante y tras la crisis suicida) y se plantean las diferencias evidenciables si se produce la muerte o si la persona sobrevive al mismo. En este primer apartado se plantean las estrategias de intervención inmediata o intervención en crisis con familiares y allegados.

5.z.z. Relación del suicida con familiares y allegados

Cuando se va a realizar la intervención con los supervivientes del suicidio es conveniente recabar información previa (de quien pueda facilitarla) de cuáles eran las relaciones entre el suicida y las personas con las que se tiene que intervenir, porque pueden ser contenedores o facilitadores de la crisis suicida. Por lo tanto, la actuación será distinta permitiendo al familiar estar presente o no. Cuando el familiar es colaborador y tiene suficientes habilidades se le puede entrenar mínimamente para que haga el manejo inicial/ acercamiento del paciente sin cometer errores.

El primer contacto con la familia, al llegar al domicilio o lugar del incidente, debe ser para recoger información sobre cuál es la situación, qué se ha hecho y qué pueden hacer en ese momento. Otra cuestión que debemos considerar es si el presunto suicida ha intentando culpabilizar a la familia de su acto, por ejemplo increpándoles verbalmente, amenazas más o menos manipulativas de suicidarse si no conseguía lo que quería, o simplemente una frase acusatoria en la nota suicida. Porque esto condiciona la actuación en un momento en el que la culpabilidad de la familia y allegados aflora por sí sola.

Si durante el curso de la actuación se consuma el acto suicida, se ha de impedir a la familia ver imágenes impactantes de lo sucedido, porque esas imágenes se graban permanentemente y sirven de recordatorio negativo durante mucho tiempo.

Con intentos de suicidio en menores, siempre que sea posible, hablar con los padres, para que tengan la oportunidad de exponer su visión de los hechos. Los objetivos son recoger información útil, establecer confianza y comunicación con el niño o adolescente, y empezar a intervenir mínimamente sobre la conducta suicida (Acinas y Muñoz, 2008).

Por otro lado, algunos protocolos, como los del SAMUR en Madrid (2010), incluyen estrategias de intervención específicas para que el profesional las aplique en la intervención con los familiares durante la crisis suicida, con los siguientes objetivos:

- Amortiguar el impacto psicológico producido por el suceso.
- Evitar la retraumatización.
- Favorecer el inicio de la elaboración del duelo para minimizar la incidencia de complicaciones.
- Favorecer un afrontamiento adecuado a la situación crítica, fomentando la organización y generando habilidades de afrontamiento internas y externas:
  - Usar técnicas de expresión verbal y emocional, reestructuración cognitiva.

-Facilitar toma de decisiones y solución de problemas.

-Proporcionar información de los trámites a seguir o dónde dirigirse.

-Realizar el seguimiento de las personas atendidas, si es necesario.

5.1.2. Manejo de curiosos o personas no relacionadas con el suicida

Cuando se produce un intento autolítico (o cualquier otra situación de urgencia) en vía pública puede tardarse en llamar a las fuerzas de orden público debido a lo que se cono ce como efecto del espectador. Consiste en la no realización de la conducta de ayuda en situaciones de emergencia por la presencia de otras personas.

Así, no es raro encontrar un numeroso grupo de gente que desea enterarse de qué ha ocurrido, en particular si la persona se acaba de precipitar al vacío. Se impone avisar a las fuerzas de seguridad para que delimiten un perímetro que permita trabajar al personal sanitario, de rescate o al psicólogo, si lo hubiere.

Apartar con educación y amabilidad, para que no interfieran con la labor de los profesionales, a no ser que puedan servir de ayuda: hayan sido testigos directos de lo sucedido, sean personal sanitario que pueda dar primeras atenciones en caso de heridas físicas, o sean personas que puedan resultarnos de ayuda (por ejemplo el portero de un inmueble que puede abrirnos la puerta del ático o terraza donde está el suicida...). A veces alguno de los curiosos puede ser conocido de la familia, hacerse cargo de ellos y evitarles una visión desagradable, sobre todo si el intento ha sido letal.

5.1.3. Coordinación con otros profesionales

Si el intento autolítico ha sido llevado a la práctica, los servicios de emergencias sanitarias y de rescate, conjuntamente, llevarán a cabo los protocolos que se estimen oportunos cortar la cuerda ante un ahorcamiento, maniobras de RCP; abrir puertas y ventanas ante inhalación de gas; valorar la toxicidad de la sustancia ingerida. Cuando se actúa con un suicida se debe dar una asistencia inmediata (Acinas y Muñoz, 2008), por lo que la labor del psicólogo es no interferir en estas tareas, llevar a los familiares a otra habitación, acompañarlos y estar con ellos hasta que puedan acercarse y ver a la persona que ha querido poner fin a su vida.

Mientras tanto también se puede recabar información de los allegados/familiares que puedan ayudar a los servicios de emergencias a llevar a cabo su trabajo, p. ej., si ha consumido sustancias, si tiene una enfermedad física o psíquica, si estaba en tratamiento psiquiátrico, el nombre de su médico o terapeuta, si hubo discusión previa, algunos

detalles que hayan podido llevar a esa emergencia.

En ocasiones es necesario dar pautas a los sanitarios, policías y bomberos sobre cómo actuar, tanto con el paciente como con la familia; muchas veces son ellos los primeros que llegan y si han establecido vínculo con la persona, deben continuar. El profesional de salud mental especializado puede supervisar sus actuaciones y dar más pautas si se va complicando.

Cuando los equipos sanitarios han estado atendiendo al paciente y los intentos de estabilizarle no han tenido éxito, o el suicidio se ha consumado a la llegada de los sanitarios, el profesional de salud mental puede acompañar al facultativo responsable de la emergencia a comunicar las malas noticias a la familia o allegados.

5.1.4. Colaboración del equipo de profesionales en el ámbito hospitalario

Según la estructura interna y el funcionamiento de cada hospital es fundamental que fluya la información entre los profesionales, tanto entre ellos dentro del mismo centro hos pitalario como en colaboración con los servicios de emergencia extrahospitalaria; para que ni el paciente ni los familiares tengan que relatar varias veces la misma historia, al primer interviniente, al médico de la ambulancia, al de urgencias, al psiquiatra de planta, al psicólogo... Es fundamental transmitirse la información esencial, respetando los distintos abordajes.

Inicialmente, evaluar la situación orgánica del paciente mediante un examen físico completo. En función del tipo y gravedad de las lesiones o alteraciones funcionales proceder a la estabilización, monitorización y observación de 12 a 24 h en previsión de posibles complicaciones.

En el caso de que se trate de un suicidio colectivo, procede hacer un triaje médico y posterior triaje psicológico en el servicio de urgencias del hospital, buscando un método rápido de clasificación y priorización de la asistencia.

Aunque esté ingresado en Psiquiatría (o en otro servicio), si el paciente tiene varias heridas físicas, tendrá que ser visto por otros profesionales (traumatólogos, neurólogos, internistas, cirujanos plásticos...) que no deben desatender al paciente porque no esté en su planta de hospitalización o porque el paciente haya tomado la decisión de no vivir.

Si quien remite al paciente al hospital es el médico de familia podría ser conveniente la coordinación entre atención primaria y hospitalaria para una atención más ajustada a las necesidades de paciente, familia, personal sanitario... pero no siempre es posible.

En relación a la familia, también sería conveniente que cada médico que haya hecho alguna actuación médica con el paciente pueda informar a la familia de su campo de conocimiento, sin desentenderse porque el médico principal sea otro. Muchas veces produce vergüenza porque el facultativo no sabe qué decir ni cómo expresarse cuando informa de su actuación a familiares; debe evitarse el uso de frases o comentarios que añadan más dolor, que culpabilicen al paciente o a los allegados de la situación.

5.2. Tras la crisis suicida no consumada

Si la persona lo ha intentado y no lo ha conseguido, se mantiene la posibilidad de que la misma conducta vuelva a repetirse, por lo que habría que incidir más en la prevención de la repetición del evento (porque se puede reintentar con dosis más letales, desde mayor altura...) si el intento era serio; en el caso de que se tratara más de una llamada de atención o de una petición de ayuda, lo prioritario será analizar qué no está funcionando en la vida de la persona o en la dinámica familiar, y qué es susceptible de cambiarse. A veces la familia prefiere considerar el intento de suicidio como un accidente para evitar la acción policial y evitar el alejamiento de amistades y conocidos del círculo familiar.

Abandonar el hospital también puede ser motivo de malestar familiar; la persona está protegida, hay personal sanitario especializado en salud mental, en ocasiones incluso se establece vigilancia por circuito cerrado con cámaras... (respetando los aspectos bioéticos y de protección de la intimidad), por lo que tras finalizar este periodo, la familia puede sentirse desprotegida, desamparada y sin recursos para manejar la situación.

Tras el alta a domicilio pueden incrementarse los problemas y disputas familiares; lo mejor es mantener una actitud de acercamiento respetuosa. Es conveniente que esté supervisado; si el familiar que ejerce las labores de cuidador principal debe ausentarse por una reunión, evento... hay que buscar otra persona cercana que acompañe al enfermo durante ese tiempo.

El haber tenido un intento autolítico puede restringir las posibilidades de acceso a un trabajo; por ello es importante recibir orientación laboral especializada para poder afrontar entrevistas de trabajo y poder mostrar la valía, más allá de los aspectos psicológicos alterados en el pasado. Puede que el trabajo que desempeñaba la persona en el pasado no sea adecuado ahora, o que el empleador no sea comprensivo con la situación de la persona.

También pueden aparecer dificultades maritales, porque convivir con una persona que ha intentado suicidarse puede estar asociado a estigma social o puede acarrear una serie de circunstancias que la otra persona encuentre difícil de sobrellevar. A veces las

separaciones son una buena opción cuando hay familia o amigos que pueden dar soporte social, o dar un apoyo práctico que reduzca las tensiones de pareja.

5.2.1. Pautas de actuación con familiares de personas que han intentado suicidarse

Para el suicida volver a ver a sus familiares tras haber intentado el suicidio puede ser algo avergonzante y que las palabras no le salgan de la boca, porque se encuentre bloqueado por la situación. Son convenientes frases de apoyo (no reproches), consuelo o mostrar preocupación por la persona que ha intentado suicidarse. O incluso pedir perdón a la persona suicida si se ha podido hacer algo que haya contribuido a lo sucedido (por acción u omisión).

Otras pautas que se pueden facilitar a los familiares es que más adelante y con mayor tranquilidad se pueda hablar de aspectos más profundos que hayan podido influir en la decisión suicida. Recordar que nadie tiene la culpa de lo sucedido.

Cuadro 5.1. Factores de riesgo y actuaciones de la familia (modificado a partir de la Guía de la WFMH, 2010)

Factor de riesgo	*Actuación familiar*
Razonamiento alterado	Mantener comunicaciones simples y breves. Expresar periódicamente su interés hacia la persona. No discutir malentendidos para no incrementar las dificultades
Evitación del contacto social. Retraimiento	Contactar cuidadosamente con la persona. Hacer una gentil persuasión uno a uno de los miembros de la familia. Mostrar deseo genuino de entender. Preguntar y escuchar las respuestas.

Cuadro 5.1. (continuación)

Factor de riesgo	*Actuación familiar*
Desesperanza. Profundidad de la depresión	Ser tolerante, afectuoso, alentador. Estimular autoestima. Aprender más sobre la enfermedad mental. Persuadir a otros familiares y amigos para que no sean críticos ni tengan actitudes negativas.
Sensación de ser una carga	Hacer que se sienta valorada como persona buena, querida, amada, necesitada. Transmitir amor, confianza y sinceridad. Ser eficientes en el manejo de la persona y manejar el estrés del cuidado, que es considerado la carga.
Alteraciones del sueño	Estimularla a levantarse y permanecer levantada, comprometerse a salir a caminar o realizar otras actividades físicas, para que cuando sea la hora de acostarse se sienta cansada.
Sentirse aislada y sola	Permanecer en contacto con ella, aunque no vivan juntos: llamar por teléfono, visitarla, mandar un correo electrónico, un mensaje de WhatsApp o un sms, dejar una nota. Hacerle sentir importante. Realizar algunas actividades placenteras juntos (además de acompañarla al médico).
Falta de autoestima	Pedirle que haga pequeñas tareas de casa o fuera (como ayudarle a comprar) para sentirse útil, construir confianza y una relación afectuosa. No enfadarse si las cosas no salen como esperaba.

El mayor peligro es que, debido a la complejidad de emociones que tiene lugar tras el intento de suicidio, algunos miembros de la familia transfieran sus propios sentimientos a los demás integrantes de la familia, señalando culpables con el dedo.

5.2.2. Remisión al domicilio tras el ingreso hospitalario

El paciente regresa al domicilio cuando hay suficiente apoyo familiar, se ha estabilizado la crisis suicida y se estima que el riesgo ha disminuido. Pero el volver a casa puede ser el resurgir de antiguos conflictos que contribuyeron a la situación cercana al suicidio.

Si no se han hecho cambios en la dinámica de interacción o en la interpretación de algunas situaciones, se puede precipitar la crisis en un corto periodo de tiempo. Antes de abandonar el hospital es conveniente que el familiar plantee una serie de cuestiones a la persona suicida y al personal del hospital, para estar seguros de que se puede continuar en el domicilio y de que él como familiar está preparado para afrontar lo que implica estar en casa con el paciente. Preguntas del familiar a la persona suicida: ¿Cómo te sientes? ¿Te encuentras seguro abandonando el hospital? ¿Qué más puedo/podemos hacer por ayudarte?

Preguntas del familiar al personal del hospital: ¿Piensa usted que mi familiar está listo para salir del hospital? ¿Cuál es mi papel a partir de ahora como miembro de la familia? ¿Sobre qué tipo de síntomas deberíamos estar alerta y cuándo debemos buscar ayuda?

Después de un intento de suicidio, en los seis primeros meses aumenta el riesgo de una recaída; por este motivo la seguridad es una prioridad. Lo que puede hacer la familia en este periodo es lo siguiente:

-Reducir el riesgo en el hogar: retirar objetos que supongan algún peligro para el familiar suicida, como medicamentos, alcohol, tijeras...

-Colaborar en la elaboración del Plan de Seguridad (véase el capítulo 6).

-Trabajar en las fortalezas del familiar para incentivar su seguridad.

-Favorecer la comunicación y el respeto.

-Ayudar a tomar decisiones que contribuyan a que el amigo/familiar no las tome precipitadamente o por impulsividad.

-No infravalorar a la persona, no tratarla como si estuviera incapacitada.

También puede ocurrir que se dé un alta prematura, sin estar completamente estabilizado y, en algunas ocasiones, sin el conocimiento expreso de la familia; la planificación y preparación del alta es esencial para asegurar un buen resultado final, buscando establecer el enlace entre el hospital, el domicilio, consultas externas de psiquiatría, servicios sociales comunitarios y otros recursos de ayuda. Por ello es conveniente que los familiares hablen con el personal del hospital para estar involucrados en la planificación del alta y mantenerse informados.

5.2.3. Cómo ayudar a quien ha intentado suicidarse

Lo más importante que pueden hacer los familiares y allegados por una persona que ha intentado suicidarse es ayudarle desde el mismo momento en que se constata que la situación es grave, para que reciba el tratamiento necesario. Si está deprimido, se le puede acompañar a obtener un tratamiento diferente si no se observa mejoría con el primero, asegurarse de que se está tomando el medicamento prescrito y ayudarle a seguir las órdenes médicas (por ejemplo en la restricción de bebidas alcohólicas).

El nivel de acompañamiento y supervisión debe ser el justo y necesario, porque si es excesivo el paciente se puede sentir más presionado y no hacer nada por su autocuidado:

-No ignorar los comentarios que haga sobre el suicidio, pero tampoco sucumbir a los intentos de manipulación o amenazas de suicidarse si el familiar no se comporta como el paciente desea.

-Coordinación con el médico o terapeuta que esté en seguimiento del paciente, para poder adecuar la ayuda de amigos y familiares al estado actual del paciente en cada momento.

-Fomentar en el paciente la realización de actividades placenteras, tales como pasatiempos, deportes, aficiones, actividades culturales, participación en grupos religiosos... sin forzarle a realizar ninguna actividad.

-No acusar a la persona deprimida de simular una enfermedad o ser un vago; tampoco esperar que salga de su situación de inhibición en unos días.

Los familiares o allegados también deben disponer de teléfonos de los terapeutas o médicos que atienden al paciente, para que ante un desbordamiento del paciente puedan obtener ayuda especializada rápida, o si no solicitar ayuda urgente a través del 1 12. Y si es posible, conservar una copia de la historia clínica para que al acudir a urgencias el profesional de puerta pueda gestionar una ayuda más adecuada.

También hay asociaciones, como FEAFES, que tienen grupos de familias para cubrir las necesidades de formación, información y apoyo que puedan surgir en familiares y allegados. Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) tienen los siguientes objetivos:

-Dar soporte y comprensión para las familias y allegados, que comparten la misma situación.

-Proporcionar orientación a otros familiares sobre cómo afrontar los problemas de convivencia diaria y las situaciones de crisis.

-Desarrollar conductas y actitudes positivas.

-Aumentar las redes de apoyo social, incrementando el nivel de participación ciudadana.

5.3. Tras la crisis suicida consumada

Cuando la persona ya ha fallecido, se produce un vacío importante por la crisis acaecida (como en cualquier muerte traumática) que puede dar lugar a sentimientos enfrentados, acusaciones cruzadas. Los que le conocían suelen sentir una gran responsabilidad, es

como la gran vergüenza del fracaso.

Las reacciones de los supervivientes al suicidio de un amigo o un familiar son muy variadas: alteraciones de la realidad, reacciones anormales a objetos, culpa, autoconcepto bajo, identificación con el suicidio, depresión, tendencias autodestructivas, tristeza continua.

Tras la crisis consumada, la mayor necesidad de los sobrevivientes es tener la seguridad de que lo que están pasando es normal; por el proceso psicológico que pasan es ligeramente distinto de otro tipo de muerte, pero no está relacionado con el tiempo que tardan en recuperarse.

El otro aspecto dificil de manejar es el estigma; contarles a otras personas lo que ocurre puede ser dificil, y originar un silencio incómodo. Lo mejor es ignorar los comentarios desagradables y, al mismo tiempo, acercarse con dignidad a aquellos que tratan de evitar a los familiares del suicida. Es más sano mentalmente no preocuparse de lo que piensen otros.

5.3.1. Manejo de reacciones emocionales en familiares: culpa, vergüenza

El término "survivor" proviene del inglés y su traducción puede ser el de superviviente, que es el que sobrevive y es también sinónimo de sobreviviente, que significa vivir uno después de la muerte del otro. Aunque esta palabra es muy utilizada en la terminología suicidológica, no sólo son sobrevivientes o supervivientes los que sobreviven a un suicidio, sino que lo son también aquellos que sobreviven después de la muerte de un ser querido por una causa cualquiera, sea natural, por accidente u homicidio (Pérez Barrero, 2007). Pueden estar desbordados por la tristeza, la ira o la incredulidad. A veces quieren ver el cuerpo del suicida porque no se creen que su familiar o amigo haya muerto.

Puede ser necesario explicar amablemente que es necesario crear un perímetro de seguridad al que no puede acceder nadie hasta que lleguen el juez y el forense. No es infrecuente que los familiares se sientan molestos cuando llegan extraños a su casa a hacerse cargo de la situación (incluso aunque lo hayan solicitado ellos mismos). Pueden estar en shock emocional e incluso físico o responder con reacciones de ira, dirigidas contra los profesionales o alguna otra persona del escenario o necesitar hablar con alguien de su relación con el muerto y ventilar emociones.

Es necesario prepararles para lo que va a suceder cuando llegue el forense. Mientras se les oferta apoyo, ayudar a los supervivientes a movilizar sus propios recursos y sus redes personales de apoyo. Proponer que llamen a sus familiares o amigos.

Otra cuestión nada desdeñable es la posibilidad de ser entrevistado por los reporteros en el lugar del suicidio. Es de suma importancia mantener el respeto hacia los familiares (y a las investigaciones en marcha) tras un suicidio, no facilitar las noticias que cubren los temas del suicidio, puesto que pueden contribuir a los intentos suicidas de otras personas en situación de vulnerabilidad. La respuesta más fácil a los requerimientos de los medios de comunicación es designar a un portavoz oficial.

5.3.2. Explicaciones a otros familiares (menores)

No es fácil darle una explicación a un niño sobre la muerte, menos aún si la muerte se ha producido por suicidio. Además muchas veces se trata de una muerte dolorosa, traumática, asociada a sufrimiento de la persona fallecida, porque tenemos la idea de que la buena muerte es la que sucede en el hospital o en casa, después de muchos años.

Para que el niño comprenda la muerte es necesario el desarrollo de una serie de estructuras cognitivas o subconceptos que incluyen el concepto global de muerte, entre los que podemos citar los siguientes (Speece y Brent, 1984):

-Universalidad. Todos los seres vivos mueren.

-Irreversibilidad. No se puede volver a vivir cuando ya se ha muerto.

-No funcionalidad Cuando uno muere el cuerpo ya no funciona.

-Causalidad. Se muere porque hay algo que causa la muerte.

-Continuación no corpórea. Después de la muerte la persona no continúa dentro del cuerpo físico.

Además de todo lo anterior, es imprescindible poseer la capacidad de ponerse en el lugar del otro, y entender que la otra persona puede sentir, percibir, opinar de manera diferente. Esto se da en el estadio preoperatorio concreto y en el estadio operatorio avanzado.

En los niños más pequeños, todo lo anterior no se ha desarrollado totalmente o está en proceso de hacerlo, por lo que la comprensión de la muerte se torna compleja; más aún cuando corresponde a un suicidio. A partir de los 9 años los niños desean saber detalles concretos relacionados con cualquier tipo de muerte; esto debe ser considerado normal por la familia.

Siempre hay que decir al menor que su persona querida ha fallecido; según Pérez

Barrero (2007), la familia debe decir la verdad de lo sucedido al niño/a, con un lenguaje claro y sencillo, accesible y comprensible por el menor, y prestar soporte emocional por parte de una figura sustitutiva (si el fallecido es un progenitor), como un hermano mayor, un tío/a. Recomienda explicar a los adolescentes la muerte por suicidio como un síntoma de enfermedad mental grave, porque disminuye el riesgo de imitación, ya que ésta es rechazada por la mayor parte de las personas (pero no todos los autores están de acuerdo en este sentido).

El momento de la comunicación del fallecimiento al niño es uno de los más difíciles. Hay algunas formulas orientativas que pueden servirnos para este cometido. Se ofrecen dos fórmulas (la primera para niños más pequeños, hasta 7 años; y la segunda para poder aplicar entre los 7 y los 12 años; aunque estas edades son orientativas).

> Las personas nos morimos cuando somos muy mayores, nos pasa algo, como una enfermedad muy grave, un accidente, o alguien que quiere hacernos daño. Pero otras veces, cuando las personas se sienten muy muy muy mal (repetir 3 veces), toman una decisión que les resulta muy dificil, mucho más dificil que (poner aquí algo que los niños entiendan como dificil, complejo) y deciden acabar con su vida; esto es lo que le pasó a... (tu papá, tu hermano, tu abuelo.. .); si tú alguna vez lo estás pasando muy mal debes decírnoslo a nosotros o a cualquier otro adulto que conozcas (tu profesora, tu hermano...) para que podamos decirte qué se puede hacer.
>
> (Tu padre, hermano, tío, abuelo, amigo...) tenía un problema muy gordo y muy dificil de solucionar, y estuvo buscando ayuda, mucha ayuda, pero era un problema muy muy dificil de entender para otras personas y le hizo sentirse muy mal; buscó otra solución, que hizo que ya no pudiera estar más con nosotros; aunque otras soluciones podrían haber hecho que no tuviera que dejar de vernos. Él/ella nos quería mucho a todos y seguro que siente mucho no poder estar con nosotros. Aunque no podemos verle en persona, podemos acordarnos de él y hablar de él cuando queramos. Cuando las personas tenemos problemas que no podemos solucionar solos, tenemos que acudir a otras personas que pueden ayudarnos, como los padres, tíos, hermanos, amigos, profesores... o alguien en quien confiemos mucho.

Debemos evitar que piense que los problemas se solucionan con el suicidio e inducirle a que si tiene algún problema lo consulte siempre con un adulto.

Hay un miedo entre los padres a contar al niño lo que ha pasado por si vuelve a pasar, y que el niño se suicide; no se deben dar demasiadas explicaciones que hagan que el niño fantasee, pero sí lo suficiente para que sepa la verdad y no se sienta engañado; y

responder a las preguntas a medida que vaya creciendo; que no sienta que el tema se considera tabú en su casa.

Si ha sido un menor quien ha descubierto el cuerpo hay que cuidar mucho lo que se le dice y vigilar su comportamiento en los siguientes días; pueden aparecer, según la edad del menor, reacciones como culpabilidad, conductas regresivas (succión del pulgar, pérdida del control de esfínteres), creencia del menor de que pudo provocar la muerte de manera intencional (cuando sólo ha visto el resultado de una decisión del fallecido). En estas circunstancias se hacen necesarias una evaluación e intervención psicológica especializada con el menor.

El niño puede tener pensamientos de haber sido el causante de la muerte o sentir agresividad hacia el familiar suicidado por no estar definitivamente (especialmente si se trata del padre). Puede culpar al progenitor vivo de lo que ha pasado, y de obligarle, con su actitud, a suicidarse. Es importante que el progenitor superviviente tolere los síntomas desarrollados en el menor antes de derivarlo a un especialista.

5.3.3. Duelo por suicidio

El duelo es una experiencia cultural universal, subjetiva, que va a requerir una elaboración posterior, cuya duración va a depender de la persona. Es la reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido, si se elabora correctamente se evitarán problemas futuros; por eso es tan importante la atención en los primeros momentos y más ante una muerte provocada por la propia persona que falleció.

Como dice Jorge Montoya (2002), en ninguna otra situación como en el duelo el dolor producido es total: biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), familiar (nos duele el dolor de otros), espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro; toda la vida en su conjunto duele.

Worden (1997) habla de cuatro tareas para elaborar correctamente el duelo (si no podrían originarse complicaciones en la elaboración del duelo):

1. Aceptar la realidad de la pérdida.

2. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida. Expresar la emoción.

3. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

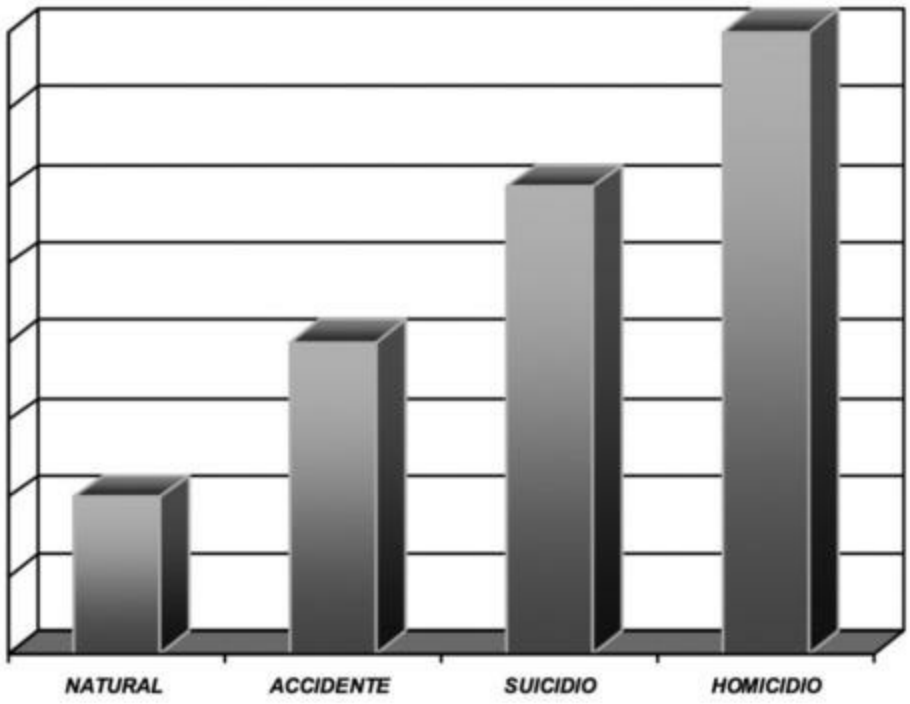

Figura 5.1. Dificultad para elaborar el duelo según el tipo de muerte. Escala NASH.

Además, podemos decir que la muerte por suicidio, así como otras muertes traumáticas, tiene la capacidad de crear diferentes problemas entre los supervivientes. Podemos decir que se trata de una de las muertes más dificiles de asumir para las personas cercanas. Los familiares se sienten, como indica Pangrazzi (2005), traicionados en el amor, desilusionados en la promesa no mantenida (por ejemplo si el familiar les había dicho que no lo iba a hacer más).

Hay situaciones que pueden incrementar el dolor y la percepción de culpabilidad de los deudos tras el suicidio de un miembro de la familia. Por ejemplo, ante una situación de malos tratos continuados en la familia, la mujer decide separarse del marido, éste amenaza con suicidarse y poco después comete el suicidio dejando una nota suicida acusatoria hacia la esposa.

Muchos de los supervivientes de un suicida reconocen que ellos sabían del riesgo suicida, y que podrían esperar un desenlace fatal en cualquier momento. Los sentimientos y emociones que experimentan los deudos en una muerte por suicidio no son muy diferentes de los que se aprecian en cualquier otra muerte (todos son normales), pero sí podemos establecer algunas diferencias (Worden, 2002; Hill, Hawton, Malmberg y Simkin, 1997):

•Vergüenza. Influida por las reacciones de las otras personas. Piensan que nadie les

hablará por haber tenido a un suicida en la familia. Supone una presión emocional añadida, que influye en las relaciones tanto dentro de la unidad familiar como en las relaciones sociales interpersonales.

•Culpa. Los familiares se culpan de: no haber evitado la muerte del ser querido, no haber detectado las señales que presagiaban lo ocurrido, no atender las llamadas de atención del sujeto. Esto se perpetúa cuando existía algún conflicto entre fallecido y superviviente. La intensidad de la culpa puede ser tan elevada que las personas sientan la necesidad de ser castigadas, y al mismo tiempo asumen un rol que hace que la misma sociedad les castigue, o incluso se autolesionan. Otras veces la propia familia culpa a algunos de sus miembros; si la persona no es capaz de confrontar la culpa con la realidad, se puede llegar a conductas muy autodestructivas. Si la culpabilidad es insoportable, el familiar puede suicidarse para expiar la culpa.

•Enfado. Los deudos se preguntan incesantemente: ¿Y por qué a mí? ¿Por qué? ¿Por qué me hizo esto? La intensidad de la rabia les hace sentirse culpables y hasta que no se liberen de la rabia no mejorará su situación. Este duelo origina un rechazo que afecta a la autoestima (supone una crítica a la valía personal de los supervivientes).

•Miedo. Está asociado a los propios impulsos autodestructivos; se asocia a predestinación; sobre todo en hijos de suicidas que piensan que pueden acabar igual. Algunos lo afrontan y otros sienten ese miedo durante mucho tiempo. Si ha habido varios intentos autolíticos en la misma familia, se genera el pensamiento de una posible influencia genética.

•Pensamiento distorsionado. Los familiares o allegados necesitan ver lo ocurrido como una muerte accidental; si alguien cuestiona la accidentalidad la familia se enfada. Este mecanismo puede ser eficaz al principio, pero a largo plazo es improductivo. Cuando las familias tienen ya problemas, el suicidio puede exacerbarlos.

El duelo se hace bastante más doloroso, intenso, prolongado y difícil de soportar. Los que conocían al suicida que consumó su acto, pueden tener reacciones que incluyen asumir más conductas de riesgo, como consumo excesivo de alcohol, tabaco, psicofármacos, rumiaciones dolorosas, autocuestionamiento.

Se recurre más a menudo que en otras pérdidas a imágenes de cómo fue o pudo ser la muerte (aunque no se presenciara la muerte ni se viera el cuerpo del difunto tras el suicidio consumado). Si la persona ha descubierto el cuerpo, se convertirá en un

acontecimiento traumático e imborrable, con muchas posibilidades de reexperimentación (rememoración constante de las imágenes aterradoras y dolorosas del fallecido, con los detalles de cómo estaba, lo que vivenciaron, lo que pensaron cuando vieron la escena, lo que hicieron, los sentimientos que le produjo...). Todo se vuelve dolorosamente obvio, cuando la persona ya no está entre nosotros y se mira hacia atrás.

La pena por suicidio se puede volver angustiosa y dolorosa; en ocasiones es necesario solicitar ayuda especializada. Teniendo en cuenta todo lo anterior la petición de ayuda puede tornarse más dificil, entre otras razones, por miedo a no ser entendido, a ser juzgado o culpabilizado por el profesional...

Cuadro 5.2. ¿Cuándo pedir ayuda tras la muerte por suicidio de un ser querido? (Royal College o f Psychiatrists, 1997)

- La persona continúa sintiéndose paralizada y vacía unos meses después de la muerte del ser querido.
- La persona no puede dormir o sufre pesadillas persistentes.
- Siente que no puede soportar los sentimientos intensos o sensaciones físicas, como el agotamiento, la confusión, la ansiedad, el pánico y la tensión crónica.
- Se siente abrumada por los pensamientos y sentimientos (ira, culpa, rechazo…) que le han sobrevenido por la muerte del ser querido.
- Siente la necesidad de compartir su dolor, pero no tiene a nadie con quien hacerlo, con sinceridad y confianza.
- Se mantiene constantemente activa, por no sentir nada en cuanto a la situación de pérdida (por ejemplo, trabajando hasta la extenuación).
- Constata que ha estado bebiendo o tomando drogas, o consumiendo medicamentos de forma excesiva.
- Se da cuenta de que se está preocupando o está pensando en su propio suicidio.
- Tiene miedo porque las personas que le rodean son vulnerables y no pueden hacer nada por aliviar el dolor.

5.3.4. Ayuda en la elaboración del duelo por suicidio

Cuando se ayuda como psicólogo a una persona o familia que ha experimentado una muerte por suicido, deben conocerse los aspectos que hacen que la experiencia sea única. Es fundamental contactar pronto con la familia, antes de que empiecen las distorsiones.

El profesional facilitador de la elaboración del duelo por circunstancias de suicidio debe tener en cuenta que este tipo de pérdida es una de las muertes de la que no se suele hablar y pueden mostrarse indecisos a la hora de comentar lo sucedido y de cómo se sienten. El objetivo es ayudar a llenar el vacío por la pérdida de comunicación con los demás.

Los aspectos sobre los que se debe trabajar son los siguientes (Worden, 2002):

-Confrontar con la realidad de la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros.

-Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones.

-Explorar fantasías de futuro.

-Trabajar el enfado y la rabia.

-Confrontar la sensación de abandono con la realidad.

-Vigilar la relación terapéutica.

-Plantear un grupo terapéutico.

5.4. Realización de autopsia psicológica tras suicidio consumado

Podemos decir que el sufrimiento de los padres cuyos hijos se suicidan es inmenso, mezcla de culpa, desamparo, ira e incomprensión, y parece aún mayor que el enorme impacto emocional que supone en las familias un suicidio en cualquier edad.

Cuando se produce un intento de suicidio que consigue su objetivo de morir, surgen muchos interrogantes que requieren una respuesta. Lo mismo que cuando una persona fallece y se desconocen las causas médicas, se procede a realizar una necropsia, cuando esto sucede en el ámbito psicológico también se realiza una autopsia psicológica, que se basa en el análisis de la conducta, objetos, escritos y pertenencias de la persona fallecida.

Es un método de investigación retrospectivo e indirecto, sobre las características de la personalidad que tuvo el individuo en vida, para poder acercarse a las circunstancias de su muerte.

5.4.1. La nota suicida

La nota suicida es uno de los elementos que puede ayudar a clarificar en algunos casos una muerte de la que no se conocen las causas, indicando que se trata de un suicidio, y no de un accidente. Si bien es cierto que las notas suicidas también se pueden falsificar y hacer que un homicidio parezca un suicidio, esta probabilidad es remota y suele aclararse tras la investigación policial.

La nota nos puede aportar datos de lo que el suicida quería decir en sus últimos momentos, de su estado de soledad, de desesperación, rabia, culpabilidad..., de sus razones para llegar hasta donde ha llegado.

Las notas suicidas son importantes por tres motivos:

-Son una fuente de información sobre el estado psicológico del suicida.

-La nota suicida implica preparación del hecho y del intento suicida (se haya consumado o no).

-Permite, desde una óptica médico-legal, calificar una muerte sospechosa como suicidio y encauzar las investigaciones.

Podemos diferenciar varios tipos de notas suicidas (Redes et al., 1999): Despedida, (de sus seres queridos), Instrucciones (sobre lo que quiere que hagan tras la muerte), Acusaciones (a otros sobre su muerte), Petición de perdón (p. ej., Siento decepcionaros...) o incluso justificación del propio suicidio (por honor, aspectos culturales...). Puede haber una mezcla de varios tipos de los anteriores. Se suelen dejar en casa o en lugares donde pueden encontrarlas familiares o policía. En algunos casos, más que nota suicida, por su extensión o por su formato, hablamos de carta suicida.

5.4.2. Fuentes de información en autopsia psicológica

Entre las definiciones de Autopsia Psicológica (AP), podemos encontrar la de Lucero (2003), que la define como el método científico para reconstruir la muerte por suicidio a través de entrevistas con los sobrevivientes, entendiendo como tales a los allegados de la persona que se suicidó.

Es necesario buscar fuentes de información para poder poner en marcha el procedimiento. El objetivo común es determinar el estado psíquico del sujeto en el momento de la muerte, entendido como fruto de su personalidad, la relación con su entorno y en general fruto de sus experiencias. Para poder elaborar una buena autopsia psicológica es necesario recabar datos de la vida pasada de la persona, antes de la consumación del suicidio.

Si se considera la posibilidad de suicidio se buscarán entrevistas con familiares que hagan aflorar recuerdos pero reduciendo los niveles de ansiedad; también se realizará, previa autorización judicial, el estudio y análisis de efectos personales como diarios, cuadernos de notas, correspondencia, emails... La elección de los informantes es crucial.

La AP debe responder al menos a tres cuestiones distintas (Shneidman, 1975):

-¿Por qué lo hizo el individuo? (explicar las razones del acto o descubrir qué llevó a él, reconstruyendo las motivaciones del difunto).

-¿Cómo murió el individuo y cuándo, o sea, por qué en ese momento particular? (aclarar las razones sociopsicopatológicas por las que murió en ese momento).

-¿Cuál es el modo de muerte más probable? (cuando el modo de muerte es equívoco, establecer con cierta probabilidad lo que pudo ocurrir).

Shneidman (1969) establece algunas categorías que podrían incluirse en una autopsia psicológica:

1. Información que identifique a la víctima (nombre, edad, dirección, estado civil, prácticas religiosas, empleo, otros detalles).

2. Detalles de la muerte (incluyendo la causa o método y otros detalles pertinentes).

3. Breve resumen de la historia de la víctima (hermanos, matrimonio, enfermedades médicas, tratamientos, psicoterapia, intentos de suicidio previos).

4. Historial de muertes de la familia de la víctima (suicidios, cáncer, otras enfermedades fatales, edades en el momento de la muerte y otros detalles).

5. Descripción de la personalidad y estilo de vida de la víctima.

6. Patrones típicos de reacción al estrés, los trastornos emocionales y periodos de desequilibrio de la víctima.

7. Cualquier enfado, presión, tensión o anticipación de problemas recientes (de pocos días antes a los doce últimos meses).

8. Papel del alcohol y las drogas en el estilo global de la vida de la víctima y su muerte.

9. Naturaleza de las relaciones interpersonales de la víctima (incluidas las relaciones con los médicos).

10. Fantasías, sueños, pensamientos, premoniciones o miedos de la víctima relacionados con la muerte, accidentes o suicidios.

11. Cambios en la víctima anteriores a la muerte (de hábitos, aficiones, patrones de alimentación, sueño, sexualidad y de otras rutinas).

12. Información relacionada con el "lado de la vida" de la víctima (mejoras, éxitos, planes).

13. Evaluación de la intención, o sea, el papel de la víctima en su propio fin.

14. Estimación de la letalidad (dimensión atribuida que refleje el propósito letal del individuo en su muerte).

15. Reacción de los informantes a la muerte de la víctima.

16. Comentarios, características especiales.

La AP es un instrumento válido y fiable para la investigación de muertes violentas, cuando no está plenamente clarificada la causa del fallecimiento, siempre que se aclare que sus conclusiones son especulativas y probabilísticas, no una prueba irrefutable de la causa del fallecimiento (Ibáñez e Igual, 2004).

Resumen e ideas claves

-La familia pueden ser contenedora o facilitadora de la crisis suicida.

-Si durante la intervención en crisis se consuma el suicidio, impedir a la familia la visión de escenas impactantes que puedan influir negativamente en la elaboración del duelo.

-La muerte por suicidio de una persona significativa a nivel afectivo se ve de manera dramática y provoca un shock emocional y social, que puede perturbar aspectos vulnerables del entorno, dando pie a una situación de fragilidad psíquica y social.

-El duelo por suicidio tiene peculiaridades propias que hacen que, en muchos casos, la elaboración sea de mayor complejidad, asociado sobre todo a emociones de culpa y vergüenza.

-La explicación a los menores de la muerte de un familiar por suicidio debe hacerse partiendo de aspectos generales, e ir dosificando la información sobre las circunstancias que acontecieron. Con los niños muy pequeños se recomienda ir dando los detalles a medida que va aumentando su edad psicoevolutiva.

-La nota suicida permite conocer el alcance del intento/consumación del suicidio y permite profundizar en los motivos que condujeron al suicidio, así como tener una base sobre la que elaborar la autopsia psicológica.

Laautopsia psicológica permite indagar en las causas de la muerte de la persona, determinando si se produjo intencionalidad suicida y/o si además hubo otros aspectos que pudieron influir.

Preguntas de autoevaluación

1. Durante la crisis suicida, señalar la afirmación verdadera:

a)Los familiares nunca deben estar presentes ni pueden ayudar a resolver la situación.

b)No es conveniente la coordinación con los profesionales sanitarios y de rescate por parte de quien presta atención psicológica a los familiares.

c)Un sanitario o bombero puede empezar a intervenir con un paciente o familiar y el profesional de salud mental supervisar la actuación y dar pautas.

d)Las aportaciones de la familia durante la crisis suicida no ayudan a resolverla porque están sesgadas.

e)No se recomienda intercambio de información entre sanitarios y otros servicios porque interfiere en el tratamiento.

2.Señalar cuál no es un objetivo de los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para familiares de pacientes que han intentado suicidarse:

a)Compartir los métodos de suicidio empleados por los familiares suicidas para evitar que se repitan.

b)Dar soporte y comprensión para las familias y allegados que comparten la misma situación.

c)Proporcionar orientación a otros familiares sobre cómo afrontar los problemas de convivencia diaria y las situaciones de crisis.

d)Desarrollar conductas y actitudes positivas.

e)Aumentar las redes de apoyo social, incrementando el nivel de participación ciudadana.

3.En relación a los subconceptos necesarios para que el niño comprenda la muerte de un ser querido, ¿cuál de las siguientes respuestas no es correcta?

a)Universalidad.

b)Reversibilidad.

c)No funcionalidad.

d)Causalidad.

e)Continuidad no corpórea.

4. Si una persona pone en la nota suicida "Gracias por tu apoyo Sonia; ha sido mi decisión, lo he hecho porque no podía más", ¿cuál de los siguientes tipos encaja más con el tipo de nota suicida?

a)Acusatorio.

b)Petición de perdón.

c)Despedida.

d)Instrucciones.

e)Mixto (mezcla de los anteriores)

5. La autopsia psicológica es un método de investigación:

a)Prospectivo y directo.

b)Retrospectivo e indirecto.

c)Prospectivo e indirecto.

d)Retrospectivo y directo.

e)Ninguna de las anteriores es válida.

6

Prevención del suicidio

6.1. En qué casos realizar prevención y progresividad de las medidas de prevención

El comportamiento suicida es un fenómeno humano universal, aunque la actitud hacia él ha ido variando en el tiempo y en las distintas sociedades.

La OMS, con ayuda de expertos de todo el mundo, tiene un rol crítico en la prevención del suicidio. Otros organismos internacionales de salud (como la Federación Mundial para la Salud Mental, World Federation for Mental Health, WFMH) también están concienciados y preocupados por la incidencia de esta auténtica epidemia a nivel internacional, por ello han editado recomendaciones, programas, guías; pero lo que falta es adecuar todo eso a la idiosincrasia propia de cada cultura, de cada país, de cada nación.

Los programas de prevención específicos escasean en los países desarrollados, pero se va incrementando progresivamente el número de ellos; los países en vías de desarrollo no disponen apenas de programas para ello, porque quizás se priorizan otras medidas.

El tema de la prevención en la conducta suicida ha estado olvidado también porque se ha creído durante mucho tiempo que cuando alguien tenía ideación suicida era algo que no había que prestarle mucha atención porque "desaparecería por sí mismo", cuando no es así. En muchas ocasiones el objetivo de prevenir debe modificarse a reducir el riesgo de conducta suicida, pero puede ser suficiente para impedir algunas conductas de extrema gravedad.

En términos de prevención del suicidio, los niveles de intervención se clasifican en primaria, secundaria y terciaria. El nivel primario se refiere a grupos de personas que no dan aún señales de perturbación suicida o en quienes la perturbación es muy limitada. Se centra en mantener y aumentar el funcionamiento en contextos interpersonales y sociales, y disminuir las condiciones de riesgo emocionales, físicas y económicas.

Los criterios que definen un suicidio auténtico son los siguientes:

-Gran letalidad del método empleado (altas dosis de psicofármacos, ahorcamiento, precipitación de gran altura, uso de armas de fuego...).

-Baja probabilidad de ser descubierto.

-Existencia de un plan detallado. Presencia de nota suicida. - Nula crítica del intento.

-Escasos proyectos de futuro. Aparición de rasgos depresivos o psicóticos.

Si se llegan a dar todos los criterios, es que ha fallado la prevención primaria y secundaria, y hay que centrarse en otros aspectos.

6.2. Influencia de Internet en el desarrollo y propagación de conductas suicidas

Internet es una herramienta cada vez más potente y con más posibilidades de comunicación a todos los niveles. Ha permitido un desarrollo vertiginoso de las comunicaciones, nos permite mantener contacto con seres queridos que se encuentran a miles de kilómetros de distancia, con organizaciones o instituciones desconocidas, simplemente accediendo a su sitio web. Ha globalizado las comunicaciones a todos los niveles.

Puede ser tremendamente positiva pero en ocasiones puede entrañar riesgos importantes, cualquier persona con mínimos conocimientos puede acceder a todo el contenido de la red.

Las primeras manifestaciones de suicidios a través de Internet fueron detectadas a finales de los años noventa. En algunos países ha alcanzado cotas alarmantes. Se ha acuñado el término cibersuicidio para referirse a la influencia de la información sobre el suicidio aparecida en Internet, en la incidencia de los suicidios.

Internet da información sobre métodos suicidas y favorece la interacción o consumación de pactos suicidas en salas de chat, foros o similares. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas; hay páginas en que se describen los métodos suicidas con detalle, desde los más eficaces hasta los más frívolos, indicando las cantidades o potencia de aparatos para que la tentativa sea efectiva y se consiga el objetivo deseado. También hay multitud de mensajes de personas con desajustes psicológicos que desean suicidarse, cuelgan un mensaje y se confían a un desconocido que es capaz de persuadirles para que ejecuten el acto de una manera determinada, uniéndose a otros para hacerlo al mismo tiempo.

Cuando se da un pacto explícito a través de Internet puede haber personas en localizaciones distantes unas de otras; a menudo el pacto suicida hace que se reúnan por primera vez para suicidarse al mismo tiempo. Usualmente se emplea el mismo método,

pero puede que algunos compañeros usen métodos múltiples para asegurar la muerte.

Inevitablemente surge la pregunta de por qué se llega a este extremo. Dos personas que se aman y deciden suicidarse al mismo tiempo suelen hacerlo cuando aparece una amenaza a la continuidad de la relación: oposición de progenitores, muerte inminente de un miembro, enfermedad incurable de alguno de ellos. O entre amigos, compañeros, puede tratarse de una "folie á deux" (cuando ambas personas comparten la misma creencia delirante, una de ellas instiga a la otra a cometer el suicidio).

Según Pérez Barredo, Internet también ofrece posibilidades de prevención del suicidio si se saben emplear las herramientas que tiene la Red. Por ejemplo, es posible a través de Internet realizar consultas o intervenciones en crisis suicida cuando la persona solicita ayuda antes de consumar el acto suicida. Este mismo autor define las características de las nuevas manifestaciones suicidas a través de Internet:

-Los futuros suicidas provienen de países con elevados niveles de desarrollo.

-Todos los cómplices de los pactos suicidas tienen acceso a Internet y fue a través de este medio como se tuvo el primer contacto en la distancia.

-Por lo general, los participantes en el pacto no tienen otros vínculos fuera de la Red.

-Hay una personalidad dominante, que es la que propone el pacto suicida y realiza la labor de proselitismo.

-Pueden participar en el pacto personas muy distantes geográficamente unas de otras.

-Participan del suicidio colectivo adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

-El diagnóstico más probable de los dominadores sería el de trastorno límite de personalidad, paranoide o narcisista.

-El diagnóstico más probable de los dominados sería pasivo-dependientes, histriónicos o sujetos que abusan de sustancias adictivas, individuos deprimidos incluyendo la enfermedad física.

-Todos los participantes del pacto suicida son sujetos vulnerables, ninguno goza de buena salud mental.

La conducta suicida puede generar un efecto imitativo. Tras la aparición de suicidios en prensa y televisión (incluidas películas y series), se producen suicidios por imitación o contagio emocional. Cuando un adolescente intenta suicidarse por preocupaciones afectivas, escolares, como el bullying o acoso escolar, o por mal entendimiento con la familia, otros adolescentes de su entorno pueden emular el intento suicida. Se mantiene la Hipótesis del Contagio; podría explicar del 1 al 5% de los suicidios entre jóvenes (Ystgaard, 1997).

El término efecto Werther fue acuñado por Phillips en 1974 para referirse a esto. El nombre proviene de la novela de Goethe Las penas del joven Werther, en la que relata la historia de un joven con talento, desesperanzado por cuestiones amorosas, que se suicida de un disparo en la cabeza. La influencia fue tal que se tuvo que prohibir la venta en algunos países porque desencadenó numerosos suicidios mediante el mismo método.

En Japón se acuñó el término de efecto Yukiko para referirse a la imitación suicida que se produjo a raíz de la muerte por suicidio de una estrella del rock japonés; la noticia se cubrió de manera sensacionalista. Pero esto no es nuevo; se sabe que tras la publicación de Romeo y julieta, de Shakespeare, se produjeron numerosos suicidios entre adolescentes de la época que se sintieron identificados con los personajes.

Se establecen las siguientes recomendaciones para la publicación de noticias sobre conducta suicida en Medios de Comunicación Social (MCS) (adaptado de Pérez Barrero, 2007):

-Plantear si es necesario o no dar la información sobre el suicidio.

-Evitar la cobertura excesiva o detallada del suceso.

-Informar sólo del suicidio de personas conocidas (personalidades del mundo cultural o artístico), cuya muerte sería noticia si hubieran fallecido por causas naturales o por enfermedad.

-Tratar la noticia con suma delicadeza, sin detalles truculentos.

-No poner la noticia del suicidio en primera página ni en titulares (para eliminar el impacto sensacionalista o morboso).

-No mostrar fotos del fallecido (y menos todavía una foto de la persona tras el suicidio). Esto puede generar identificación patológica con la víctima y gratificar su muerte.

-No describir el método empleado con detalles (para evitar la reproducción e imitación).

-No debe justificarse el suicidio con valores morales dignos de imitarse.

-Recalcar los aspectos positivos y negativos de la personalidad del presunto suicida.

-No ofrecer explicaciones simplistas o únicas sobre el suicidio, porque responde a causas multifactoriales (biológicas, psicológicas, sociales...).

-Reconocer la naturaleza multideterminada del suicidio, así como otros aspectos que contribuyeron a la consumación (intentos previos, abuso de sustancias, ingresos psiquiátricos...), tratando de no dar demasiada información al respecto.

-No equiparar la palabra suicidio como sinónimo de éxito, salida, opción, solución.

-No ofrecer el suicidio como una forma de solucionar las dificultades de la vida.

-No explicar el suicidio como un acto inexplicable de una persona que, por lo demás, sería sana o saludable.

-Comunicar que el suicidio es evitable, que hay tratamientos efectivos.

-Dar recursos de ayuda (de la misma manera que se hace con la violencia de género, informando del suceso y mostrando el 016). P. ej., teléfonos de la esperanza, 112, otros recursos terapéuticos.

6.3. Recomendaciones internacionales para la prevención

Para concienciar sobre la importancia del suicidio y sus repercusiones, se ha instituido a nivel internacional el Día Mundial de la Prevención del Suicidio (10 de septiembre). Además, en 1999, la OMS lanzó la estrategia SUPRE, como iniciativa mundial para la pre vención del suicidio, concienciar del problema de las conductas autolíticas e identificar variables válidas y fiables, para determinar los factores de riesgo. Estos marcadores o factores pueden agruparse en tres grandes grupos:

-Marcadores/factores sociodemográficos.

-Marcadores/factores biológicos.

-Marcadores/factores psicopatológicos.

Hay autores que proponen la combinación de dos tipos generales de intervención para la prevención efectiva del suicidio:

-Estrategias poblacionales: restricción de la disponibilidad de medios para el suicidio y medidas de seguridad en lugares comúnmente utilizados por los suicidas (por ejemplo, el Viaducto en Madrid), actividades de promoción de la salud, intervenciones en medios de comunicación, actuaciones de los gobiernos sobre los factores de riesgo (desempleo, consumo de tóxicos) y la realización de programas específicos a nivel escolar, legislaciones que limiten el acceso a armas de fuego, restricción del número de cápsulas sedantes o hipnóticas que se prescriben con cada receta...

-Intervenciones en grupos de riesgo específicos: más concretas y dirigidas a objetivos a corto plazo. Pueden ser intervenciones educativas que aborden temas relacionados con la salud mental, la identificación de síntomas psiquiátricos...

Se calcula al mismo tiempo que a un 25% de los terapeutas se les ha suicidado un paciente, esto implica una pérdida de autoestima, e influye en las habilidades terapéuticas o modelo de intervención, desarrollo de pensamientos molestos, sueños intensos y sentimientos de ira y culpabilidad en respuesta a la muerte de un paciente.

6.4. Factores que disminuyen el riesgo suicida

Los elementos desencadenantes del suicidio dependen de la persona o de su medio ambiente, pero pueden no influir en la conducta suicida para otras personas. Reducir o eliminar estos factores puede ayudar a minimizar o redirigir los pensamientos y acciones.

El uso de los medios de comunicación de manera conveniente; en Austria, la restricción de la publicidad y noticias de suicidios acaecidos en el metro redujo los suicidios por este método. El poder tener un seguimiento o terapia con un experto en conducta suicida, plantear tener una mascota a la que cuidar y de la que preocuparse, son útiles, pero no con todos los pacientes.

Un método para determinar la seguridad de los pacientes es preguntarles si estarían dispuestos a prometer que no se autolesionarían, durante un plazo de tiempo concreto, normalmente la siguiente consulta. Al mismo tiempo se puede establecer el Contrato Conductual de que buscará ayuda si la ideación suicida empeora o si la presión para actuar se vuelve más intensa.

La distribución de información (como pósters, folletos sobre prevención), hace que la

información esté presente y accesible, y se pueda solicitar la ayuda en cualquier momento.

6.5. Prevención del suicidio en diversos ámbitos

El reconocimiento y la intervención temprana son la forma más eficaz de prevenir el comportamiento suicida. Varios estudios han demostrado que los programas más exitosos son los orientados a la identificación y el tratamiento de las enfermedades mentales y el abuso de sustancias, el control de los efectos del estrés y de los comportamientos agresivos.

Hay una serie de factores que podemos llamar protectores, que convendría potenciar y valorar; algunos no se pueden aplicar a los menores, pero vamos a destacar los que sí convendría tener en cuenta en menores: sentido de la responsabilidad, religiosidad, satisfacción vital, buenas relaciones familiares, capacidad para aceptar la realidad, estrategias de afrontamiento positivas, apoyo social estable y positivo.

Debemos invertir en prevención, y dotar a los adolescentes de las habilidades necesarias para afrontar determinados problemas que les hacen optar por el suicidio. Hay aspectos claramente protectores: las relaciones positivas del niño o adolescente con su familia, o algún adulto de referencia que sirva de apoyo, la buena comunicación y la confianza que permitan expresar las ideas suicidas sin ser juzgado.

Sería conveniente que las administraciones públicas tomaran conciencia de la severidad del problema e introdujeran planes de actuación a diversos niveles dentro de las estrategias de prevención de salud mental a nivel nacional, autonómico, provincial e incluso local.

En EE UU se empezaron a tomar medidas para la prevención del suicidio en 1999 mediante una estrategia de Conciencia, Intervención y Metodología (Awareness, Intervention, and Methodology, su sigla en inglés es AIM). Incluye iniciativas de investigación, conferencias y la evaluación de la eficacia de los programas de prevención actuales. Además, el Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones (National Center for Injury Prevention and Control, su sigla en inglés es NCIPC) trata de aumentar la conciencia del suicidio como un problema serio de salud pública.

La actividad preventiva ante una persona con riesgo suicida debe tener en cuenta tres pilares:

-La escucha (no se juzga, ni se interroga, ni se aconseja, ni se opina).

-La confianza (clima de confianza y de confidencialidad).

-La ayuda y la compañía (ambiente de apoyo, comprensión y aceptación incondicional).

En España hay programas de prevención del suicidio rigurosos y muy efectivos, como el Programa del Hospital de la Santa Creu i San Pau de Barcelona (2006) en el sector Dreta i Eixample, que forma parte de la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD).

6.5.1. Ámbito escolar

Si se produce un intento o un suicidio consumado, al centro le toca en lo más profundo y no suele disponer de estrategias de actuación adecuadas para afrontarlo con todos los estamentos: alumnos, padres, profesores y tutores... lo que implica improvisar y a veces no se tienen en cuenta algunos aspectos.

En España, si los colegios o institutos incluyeran dentro de sus planes educativos algunos aspectos relacionados con la prevención de este tipo de conducta, podría mejorar considerablemente la tasa de suicidios entre la población infantojuvenil; pero también sería necesario y conveniente que los centros estuvieran preparados para afrontar un suicidio dentro de la comunidad educativa, porque la prevención no puede erradicar la conducta por completo.

Se pueden llevar a cabo intervenciones con los alumnos, para que detecten compañeros con ideación o plan elaborado, para que "no guarden el secreto", o programas de educación dirigidos a padres y profesores enseñándolos a identificar niños y adolescentes de riesgo, y formas apropiadas de conseguir ayuda. Tampoco hay que olvidar el fracaso escolar, que puede ser otro factor de riesgo para las tentativas o el suicidio.

Según la Guía de la OMS (1996) para Consejeros, comprometer a los padres y colaborar con otras agencias de salud y escuelas también forma parte de procesos de prevención eficaz. Los maestros que pasan mucho tiempo con niños y adolescentes, cuando el personal está adecuadamente formado, pueden detectar riesgo de suicidio entre los estudiantes.

Cuando el comportamiento suicida ocurre en la escuela, es importante comunicarse con los padres, asegurar que al estudiante se le ha hecho la evaluación y se le ha dado el apoyo adecuado antes de volver a la escuela, y que cuando el estudiante regresa a su centro y a su aula es recibido de manera positiva.

Los estudiantes que se han enfrentando al suicidio de otro compañero necesitan hablar al respecto e intentar entender qué es lo que ha ocurrido. Se pueden organizar grupos de apoyo en la escuela, que pueden servir para favorecer el afrontamiento de la situación o la elaboración colectiva de la pérdida de un compañero o amigo por suicidio y la posible aparición de más suicidios en cadena. El objetivo fundamental es asumir la realidad de la pérdida y contribuir al ajuste del ambiente escolar sin el estudiante fallecido. Las intervenciones de orientación también pueden ser individualizadas, para seguimiento y readaptación en determinados estudiantes que pueden ser más vulnerables o que pueden tener más dificultades que el resto o durante más tiempo.

6.5.2. Ámbito laboral

Como en el trabajo pasamos buena parte del día, éste es un lugar susceptible de producir malestar psicológico que conduzca al suicidio, si otras áreas de la persona no se encuentran estables o también son áreas de conflicto. O cuando la persona deposita la mayor parte de su reconocimiento a nivel laboral, más que a nivel personal, familiar... con lo que si se desmorona esa parte, se resquebrajan los cimientos que mantienen a la persona estable.

Según Leymann, el lugar de trabajo es el único campo de batalla donde las personas se pueden matar unas a otras sin correr el riesgo de ser enjuiciadas; en Suecia, entre un 10-15% de los suicidios está provocado por situaciones de acoso psicológico en el trabajo (unos 1.800 casos al año en ese país; Leymann, 1987). La reiteración de estas conductas laborales puede ser el origen de una serie de alteraciones de salud, que minan a la persona y le hacen sentirse menos capaz de hacer frente a los "maltratadores", con lo que se entra en un círculo vicioso, en que la persona siente impotencia, desesperación y desesperanza, que pueden acercar al suicidio, cuando la afectación es grave (acoso de tercer grado, según Saez et al., 2001). En España los autores de este manual no conocen datos sobre estos temas.

Por lo tanto, el suicidio sería la consecuencia más grave de este fenómeno, y el riesgo de que se produzca es especialmente alto en profesionales cualificados que obtienen una importante gratificación de su trabajo. El profesor Leymann señala que en aquellos casos en los que se elige el lugar de trabajo como escena del suicidio puede interpretarse como un último acto de rebeldía o como una acusación póstuma. Las víctimas no aprecian la violencia subterránea y perversa que hay contra ellos.

Muchos se plantean el suicidio antes de dimitir porque esto último es percibido como más humillante. A veces son los propios compañeros de trabajo los que incitan al suicidio, más como una broma o provocación (Hirigoyen): "Pobrecita, no entiendo qué

más puedes esperar de la vida, no entiendo cómo no has saltado todavía por la ventana".

La conducta suicida reafirma a los perversos en que el otro era débil, perturbado o loco, y que las agresiones estaban justificadas.

Hay que prestar atención a los suicidios entre personas que portan armas (fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, vigilantes...), pues la incidencia de suicidio causado por armas es superior, y también ocurre más en el lugar de trabajo que fuera de él. Hay profesionales especializados dentro de estos cuerpos que se ocupan de atender a los compañeros cuando se detectan indicios y de acompañar y apoyar a las familias cuando se consuma el hecho.

Por todo lo anterior, sería conveniente que las empresas vigilaran los signos de mobbingy pusieran en marcha programas de prevención de riesgos psicosociales.

Educar a las personas acerca del tema, alertar sobre señales de advertencia suicidas, en cualquier ámbito (en el trabajo es donde más cuesta detectarlo), disipa mitos del suicidio y ofrece esperanza a los suicidas en potencia que necesitan replantearse alternativas. Se puede difundir información, tal como posibilidades de suicidio en circunstancias específicas (p. ej., pérdida de empleo y subsiguiente inestabilidad familiar) y factores de riesgo relacionados (depresión, enfermedad mental, consumo de sustancias, historial familiar de suicidio...).

Los propios terapeutas de la crisis suicida tienen que ser conscientes de sus propias dificultades con el tema de la muerte y el suicidio; y al mismo tiempo desarrollar estrategias de protección ante el impacto de una muerte en un paciente. La ansiedad de muerte es de vital importancia en la capacidad de un terapeuta que trabaja con suicidas; si se consuma el suicidio, está recomendado hacer un informe que contenga la reconstrucción de los hechos que condujeron a éste, especificar detalles, evaluar la respuesta del equipo de salud mental y establecer implicaciones para mejorar los esfuerzos de prevención en el futuro.

6.5.3. Ámbito socioafectivo

Muchas de las personas que se acercan a Internet y caen en las redes de los pactos suicidas lo hacen por carencias afectivas, desengaños amorosos, frustraciones personales...

El propio paciente puede tomar medidas en relación a la prevención del suicidio. Éstas son las recomendaciones que se le pueden dar al paciente para luchar contra los

pensamientos suicidas (Alianza de Apoyo a Personas con Depresión y Trastorno Bipolar, 2007).

-Llevar un diario para escribir sus pensamientos. Escriba cada día sobre sus deseos de futuro y las personas significativas para usted. Léalo cuando necesite recordar por qué su vida es importante.

-Salir con familiares y amigos; cuando estamos deprimidos es más dificil disfrutar pero continúa siendo importante. Visitar o permitir que le visiten amigos o familiares que pueden entenderle y ayudarle a sentirse mejor.

-Evitar drogas y alcohol, que contribuyen a la impulsividad e interfieren con la efectividad de los tratamientos para la depresión.

-Hablar sobre el suicidio. La desesperanza y la ansiedad exacerbada de una depresión no tratada o mal tratada pueden despertar pensamientos suicidas dificiles de controlar.

-Tener un aliado, una persona cercana y de confianza, que pueda acompañar en los momentos difíciles, y darle cuenta de progresos y dificultades.

-Desarrollar una rutina: comidas, sueño, otras actividades; cuando se normalizan es más dificil que aparezcan pensamientos intrusivos de suicidio.

-Dedicarse a aficiones y pasatiempos, para enfrentar los momentos dificiles. Y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Desechar objetos que puedan resultar peligrosos o dárselos a la persona de confianza para que los custodie.

-Se trata de elaborar un Plan de Vida, antes de que se presenten los impulsos suicidas, que incluya varios aspectos; detalla los signos de alerta que debe observar la persona y las acciones que debe tomar si siente que está cayendo en pensamientos suicidas:

•Información de contacto del médico tratante (consulta, emergencias, móvil) y de familiares y amigos (horarios de localización), asociaciones de ayuda, como el teléfono de la esperanza, etc.

•Descripción del diagnóstico médico (depresión o cualquier otro problema de salud físico...), así como los medicamentos que toma, las dosis y las horas.

•Si dispone de seguro privado, información al respecto, cobertura y demás.

Los familiares o allegados del paciente también deberían tener una copia de este plan de vida, para que puedan contactar rápidamente con quien sea necesario ante una crisis. Otras tareas:

-Hacerle preguntas directas y señalar las actitudes que le preocupan, que pueden indicar un problema médico tratable. Sugerir que pida cita al médico y ofrecerse a acompañarle si piensa que sería dificil.

-Recordarle que le aprecia/le quiere y que se interesa por él/ella. Si piensa que puede causarse daño inminente, llevar a la persona a las urgencias del hospital más cercano.

-Reconocer los signos de alerta que indican que la conducta suicida está progresando: sentimientos de desesperación y desesperanza, sobre todo si son descritos como insoportables. La persona está resolviendo sus asuntos personales y buscando el bienestar de la familia. Hablando con detalle sobre el suicidio o sobre los métodos específicos para hacerlo. Abuso de alcohol y drogas. Comenzando a sentirse mejor (sin disminuir los pensamientos suicidas).

-Expresar su solidaridad y su intención de ayuda continuamente para ayudar a recuperarse; aunque al principio esté más reacio a hablar.

-Trabajar con los profesionales; mantener al médico o terapeuta informado; estar preparado para tolerar el enfado; la persona puede sentirse traicionada con acciones de allegados para prevenir la consumación del suicidio.

-Cuando un suicidio parece probable o inminente preguntarse por qué el suicidio se está desencadenando en ese mismo momento y tratar de averiguar cuánto de inminente es la situación: ¿Tienes un plan suicida? ¿Tienes intenciones de suicidarte? ¿Cómo lo vas a hacer? ¿Tienes todo lo que necesitas para hacerlo? ¿Cuándo piensas hacerlo?

-Ante una situación de emergencia:

•Mantener la calma pero no subestimar el riesgo de consumación. Buscar ayuda.

•Acercarse a la persona con comunicación verbal y no verbal, escuchando.

•Reconocer los sentimientos de la persona, siendo comprensivo y no crítico.

•Preguntar directamente, averiguar el plan específico de la persona. Dar

tranquilidad, no gritar ni increpar.

- Asegurarse de que están fuera de su alcance las armas de fuego, medicamentos o cualquier otro objeto peligroso; así como estar alejado de ventanas... Cuando la persona tiene un arma de fuego, valorar llamar a la policía.

- Si es posible, no dejar a la persona sola hasta estar seguro que está atendido por profesionales competentes.

Los grupos de ayuda para sobrevivientes son un método de intervención constructiva para que las personas se ayuden a sí mismas; pueden aportar información útil sobre su dolor y el suicidio; el grupo puede darles una oportunidad de procesar los sentimientos e impedir una nueva escalada suicida.

Por otro lado, muchas familias han indicado también la necesidad de recibir orientación inmediatamente después de un intento de suicidio de un familiar, y quieren aclarar su papel para poder ocuparse de quien intentó suicidarse. La orientación en grupo posterior incorpora procedimientos para aliviar el estrés y el dolor relacionado.

Según indica Pérez Barrero, se pueden tomar una serie de medidas, que sirvan de prevención general y específicamente en Internet:

1. Incrementar la comunicación oral en las familias.

2. Establecer relaciones paterno-filiales basadas en el afecto, no en la satisfacción de bienes materiales única y exclusivamente.

3. Supervisar los sitios que visitan los adolescentes en Internet; pedir ayuda profesional si ven a los hijos visitando foros y páginas relacionados con el tema de la muerte o incitación al suicidio.

4. Publicar en Internet los factores de riesgo para el suicidio y los factores protectores para evitar el suicidio.

5. Colgar los mitos del suicidio y los argumentos que los desmontan.

6. Publicar en Internet los signos de alarma ante una crisis suicida y las fuentes de salud mental a las que se pudiera acudir en caso de crisis suicida.

7. Divulgar en el ciberespacio los grupos de riesgo de suicidio.

8. Difundir medidas sencillas, que permitan a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio: preguntar a la persona en riesgo suicida si ha pensado en matarse. Si la respuesta es afirmativa, evitar el acceso a cualquier método que pueda dañarle. Nunca dejarle a solas mientras persistan las ideas suicidas. Avisar a otras personas significativas para el sujeto que contribuyan a evitar la ocurrencia del acto suicida. Acercarle a los recursos sanitarios para recibir atención especializada.

9. Procurar que la legislación vigente de cada país adopte severas sanciones a los que inciten al suicidio.

10. Educar a la población en la denuncia oportuna a las autoridades de actos que puedan conspirar contra la integridad física de la persona.

11. Establecer contratos para el uso de Internet que obliguen al usuario a respetar una cláusula que prohíba su utilización en la incitación al suicidio. La violación del contrato conllevaría la denuncia inmediata a las autoridades y sanciones legales.

12. Educar a la población en el principio de que la libertad conlleva responsabilidad, pero que la libertad sin responsabilidad no es libertad sino libertinaje.

6.5.4. Ámbito sanitario

Muchos de los suicidios ocurren en el primer año tras el intento previo, por lo que la consulta y el seguimiento psiquiátrico en ese periodo deben considerarse; posteriormente, sólo una cuarta parte de los intentos de suicidio llegan a contactar con el médico y otro profesional sanitario. Por lo tanto es necesario elaborar intervenciones preventivas que permitan detectar adecuadamente este grupo de riesgo y remitirlo al especialista.

Teniendo en cuenta que los médicos de atención primaria son los que mejor conocen a los pacientes y a sus familias, que a veces son los que primero detectan malestar en una persona que luego se plantea el suicidio, es conveniente dotar a los facultativos de formación y habilidades suficientes para manejar estas cuestiones. Pero la formación continuada en este aspecto no se ha considerado una prioridad en la mayoría de las comunidades autónomas.

Cuadro 6.1. Recomendaciones CIE - 10: Asistencia Primaria para la Evaluación del paciente suicida (1996; tomado de Cocaña Rodríguez, I.; González-Cardoman González, L.; González García - Portilla, M.P.; Saiz Martínez, A., 1997)

La OMS, en su Manual Diagnóstico de la CIE- 10 para Asistencia Primaria (1996), recomienda al médico generalista el análisis detallado de los siguientes puntos, para una correcta evaluación del paciente suicida:

1. Evaluación del riesgo de suicidio en un futuro inmediato:

   a) Ideación suicida (esporádica frente a persistente).
   b) Determinación (el suicidio es una posibilidad o ya ha decidido firmemente suicidarse).
   c) Plan suicida (Cuanto más desarrollado esté el plan de suicidio, mayor es el riesgo; la disponibilidad de medios para el suicidio incrementa el riesgo).
   d) Soledad (la falta de apoyo social y familiar incrementa el riesgo).
   e) Alcohol (su consumo limita la capacidad de autocontrol).
   f) Dificultades sociales (la marginación, el desempleo, la falta de expectativas incrementan el riesgo; son especialmente preocupantes aquellos enfermos que dejan de sentirse identificados con la sociedad en que viven y sus valores).

2. Evaluación de un paciente con un intento suicida reciente:

   a) ¿Fue peligroso el método elegido?
   b) ¿Creía el paciente que iba a funcionar el método elegido? ¿Está sorprendido de haber sobrevivido?
   c) ¿Había posibilidades de que fuera descubierto?
   d) ¿Sintió alivio al ser salvado?
   e) ¿Intentaba el paciente transmitir un mensaje o sólo quería morir?
   f) ¿Se trataba de un intento impulsivo o planificado?
   g) ¿Han cambiado las circunstancias psicológicas y vitales que determinaron el intento?

Otra cuestión que debemos considerar seriamente es el papel de los medicamentos en la conducta suicida; porque desde el ámbito sanitario (asistencial o institucional) se pueden tomar medidas al respecto. Los roles que tienen los fármacos en la conducta suicida son los siguientes:

-Suspender o interrumpir los medicamentos pautados por el médico (las personas con depresión incrementan el riesgo si no toman los medicamentos apropiadamente).

-El fármaco como medio (acumulación de medicamentos - u otras sustancias - hasta que la persona cree que ya tiene suficiente para cometer el suicidio).

-Él fármaco como factor protector (el litio es un medicamento común y efectivo, se emplea como estabilizador de ánimo; las litemias permiten controlar efectos adversos).

-El medicamento como desencadenante: ante síntomas mal controlados, se

requeriría evaluación médica. Pueden aparecer cambios en medicamentos mal controlados (suspensión repentina, cambio de medicación sin titulación correcta). Si se suspende repentinamente puede inducir síntomas psicóticos, con riesgo de autoagresión.

-El fármaco como factor contribuyente. Si hay medicamentos mal prescritos o con reacciones adversas, por ejemplo hay un pequeño porcentaje de personas que toman antidepresivos con síntomas de agitación e ideación suicida, que deben vigilarse.

En España también hay propuestas de crear una red de centros centinela en los servicios de urgencia para detectar y actuar precozmente ante cualquier tipo de conducta suicida. Según la Guía de Práctica Clínica sobre la Conducta Suicida (201 1), lo más frecuente es que la conducta suicida no requiera atención inmediata, por lo que independientemente del sistema de triaje que se emplee, y para concretar lo máximo posible el grado de necesidad de una atención inmediata, se deberían contestar a las siguientes preguntas y documentarlas adecuadamente: ¿El paciente se encuentra bien físicamente para poder esperar? ¿Existe riesgo inmediato de suicidio? ¿Se deben tomar medidas de vigilancia del paciente? ¿Puede esperar el paciente hasta ser visto por el médico?

A nivel de urgencias, se puede plantear un triaje de conducta suicida cuando se prevén varios casos (por ejemplo ante una secta suicida) o cuando la forma de presentación es muy heterogénea. Lo primero que debe hacerse es una evaluación inmediata de su situación clínica y la instauración de un tratamiento eficaz que minimice el riesgo de muerte o discapacidad. A medida que disminuye el grado de urgencia, la inmediatez y la calidad se hacen más dependientes de una adecuada relación entre la oferta y la demanda.

Cuadro 6.2. Preguntas que deben formularse en el triaje ante conducta suicida

Preguntas para formular:	SÍ	NO
¿Acude usted porque ha intentado lesionarse a sí mismo?		.....
¿En la semana pasada ha tenido ideas relacionadas con suicidarse?		
¿Ha tratado de lesionarse a sí mismo en el pasado?		
¿Le ha sucedido algo muy estresante en las últimas semanas?		

Es suficiente que una respuesta sea de color gris oscuro para que el paciente sea clasificado de ese color. Lo cual implicaría mayor prioridad en la asistencia. (En el original se emplean los colores amarillo y naranja, y este último denota mayor riesgo).

Este cuestionario puede ayudar a conocer el grado de necesidad de atención inmediata (en personas en las que no existe afectación física grave). Usando el Sistema de Triaje Manchester (Manchester Triage System, MTS) se puede establecer el nivel de prioridad para que sean catalogados, de forma que se asegure la atención al menos dentro de la primera hora desde su llegada.

Cuadro 6.3. Niveles de atención dentro del Sistema de Triaje Manchester

Nivel	*Nombre*	*Color*	*Tiempo de atención*
1	Emergencia	Rojo	0 minutos
2	Muy urgente	Naranja	10 minutos
3	Urgente	Amarillo	60 minutos

Resumen e ideas claves

-La prevención es un factor fundamental en el que debe incidirse para mejorar la tasa de suicidios y para dotar a los niños y jóvenes de estrategias de afrontamiento de los problemas personales.

-Aunque hay estrategias internacionales para la prevención, faltan programas concretos de prevención adaptados a cada grupo poblacional, país, cultura, edad...

-Se deben potenciar y valorar factores protectores del paciente, como sentido de la responsabilidad, religiosidad, satisfacción vital, buenas relaciones familiares, capacidad para aceptar la realidad, estrategias de afrontamiento positivas, apoyo social estable y positivo.

-Entre los aspectos protectores del suicidio ajenos al paciente, se encuentra un buen apoyo social por parte de familiares o allegados en los que confíe la persona con conducta suicida.

-En menores los factores protectores son relaciones positivas con la familia, al menos un adulto de referencia o apoyo, confianza para expresar temores, ser escuchado y ayudado.

Losmedios de comunicación social pueden ser un factor que ayude a propagar la conducta suicida, pero también pueden servir de factor de prevención privilegiado si es bien empleado.

Ha habido proliferación de la conducta suicida en diversas épocas y lugares, como lo atestiguan los efectos Werther y Yukiko.

-El incremento de los recursos y de los especialistas en el tema serviría para disminuir la incidencia y el impacto de este problema de salud en la población infanto-juvenil.

-Se puede hacer prevención desde varios ámbitos: socioafectivo, sanitario, escolar, laboral. Es necesario crear más medidas de prevención en el medio de trabajo.

-Cuando el acoso en el trabajo es importante (de tercer grado), el suicidio puede ser la consecuencia más grave.

o - La elección del lugar de trabajo como escena del suicidio puede interpretarse como un último acto de rebeldía o como una acusación póstuma.

-Internet puede ser un lugar apropiado para centrar algunas estrategias de prevención, por su accesibilidad y porque también es un lugar que muchos emplean para avanzar en la preparación de cualquier conducta suicida.

-Un Plan de Vida que elabore el propio paciente y del que tenga conocimiento la familia y allegados puede ser útil para prevenir la consumación del suicidio y disminuir conductas incipientes de tipo suicida.

-Desde el ámbito sanitario se pueden tomar medidas de prevención que incluyan la detección temprana por parte de los Médicos de Atención Primaria (MAP), el triaje médico y psicológico en los servicios de urgencia y la creación de centros centinelas para la detección de la conducta suicida.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿A qué se llama efecto Werther?

a)Es un término que apareció en una novela japonesa por primera vez para hablar del efecto de contagio del suicidio.

b)La sugestión que se produce en relación a la conducta suicida, tras el intento o consumación de suicidio por parte de otra persona de la que se tiene conocimiento que se ha suicidado.

c)La impulsividad de una persona que no consigue nunca suicidarse.

d)Se ha demostrado que no existe y no hay ningún dato que lo avale.

e)Las respuestas A y B son ciertas.

2.¿Cómo se llama la estrategia que lanzó la OMS-WHO en 1999 para la prevención del suicidio?

a)WHO-SUI.

b)SUPRE.

c)International Prevention oí Suicide (IPS).

d)IASP.

e)Ninguna es válida.

3.¿Cuáles son los programas de prevención del suicidio que tienen más probabilidad de éxito?

a)Los orientados a la identificación y tratamiento de enfermedades mentales.

b)Los que se refieren al abuso de sustancias.

c)Los relacionados con el control de los efectos del estrés.

d)Los que se centran en el control de comportamientos agresivos en adolescentes.

e)Todas son correctas.

4.Según Leymann, en Suecia (1987), ¿qué porcentaje de suicidios está relacionado con situaciones de acoso psicológico en el trabajo?

a)Un 1%.

b)Un 3%.

c)Un 5%.

d)Un 8%.

e)Entre un 10yun 15%.

5.De las siguientes informaciones: ¿cuál no incluiría en su Plan de Vida una persona que quiera evitar una conducta suicida?

a)Información de contacto del médico tratante.

b)Información de contacto de familiares y amigos.

c)Información del notario donde tiene hecho testamento.

d)Información del diagnóstico médico y medicamentos que toma.

e)Teléfonos de contacto de asociaciones de ayuda, como el teléfono de la esperanza.

7

Suicidio en menores

7.1. Realidad del suicidio en menores

El final de la niñez y la adolescencia es un periodo de muchos cambios a nivel corporal, de ideas, en los sentimientos, en la relación con los padres y los amigos, etc. Muchas veces a esos cambios, más o menos esperados, se suman otros de carácter más inesperado, como una mudanza (con lo que puede suponer de cambio de colegio, amigos, costumbres...), el divorcio de los padres, dificultades en la escuela, pérdidas de personas significativas. En muchos casos, estos problemas pueden apreciarse como demasiado abruptos o dificiles de sobrellevar; entonces surge el suicidio como una posible solución.

Se ha constatado que del 12 al 25% de los niños mayores y adolescentes experimentan algún tipo de idea suicida en algún momento. Cuando se vuelven más persistentes y se acompañan de cambios en el comportamiento o de planes específicos de suicidio, el riesgo de intento de suicidio se incrementa.

El suicidio como conducta ha evolucionado mucho en los últimos años, y más en los menores, y han surgido otras realidades: suicidio por bullying (acoso escolar), por pérdida de ideales de vida (o de referentes parentales sólidos) o suicidios colectivos con componentes de secta o suicidios con tintes socioafectivos de adolescentes que viven en un mundo que no entienden.

Hay casos descritos de suicidio por debajo de los 7 años, aunque en muchas ocasiones están infradiagnosticados y pasan desapercibidos. El suicidio se está transformando en una de las principales causas de muerte entre los jóvenes españoles (Mardomingo y Catalina, 1992).

Una posible explicación a todo esto tiene que ver con la vulnerabilidad derivada de estresores asociados a los cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que conlleva esta etapa de la vida. Aunque puede considerarse normal, la delimitación de los factores capaces de determinar una especial predisposición a las conductas suicidas ha sido uno de los objetivos de investigación más relevantes, habiéndose señalado condiciones tan dispares como la pérdida temprana de uno de los progenitores, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de

suicidio familiar, trastornos del estado de ánimo, problemas académicos, dificultades para la inserción en el mercado laboral, problemas económicos, entre otros (Gutiérrez, Thakkar y Kuczen, 2000; Howard, Lennings y Copeland, 2003; Kienhorst, De Wilde, Diekstra y Wolters, 1992; Pottinger, Milbourn y Leiba, 2003; Rudd, 1990; Ruiz, Riquelme y Buendía, 2000; Runeson y Asberg, 2003; Wichstrom, 2000; González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

Asimismo, diversos trabajos han demostrado que la actitud favorable hacia el suicidio correlaciona positivamente tanto con la ideación como con la tentativa suicida, considerándola como un factor con alto poder predictivo del comportamiento suicida en los adolescentes y jóvenes (Ruiz, Riquelme y Buendía, 2001; Stein, Witztum, Brom, DeNour y Elizur, 1992).

En los países europeos occidentales hay una mayor aceptación del suicidio entre los adolescentes y jóvenes (sobre todo en varones) que en los países europeos orientales y asiáticos; quizá debido a diferencias entre culturas individualistas y colectivistas (Eskin, 1995; Etzersdorfer, Vijayakumar, Schony, Grausgruber y Sonneck, 1998; Jenner y Niesing, 2000). Generalmente, se acepta la idea de darse muerte bajo ciertas circunstancias (Bille-Brahe, 2000), ya que se contempla desde un punto de vista racional (Duberstein et al., 1995; Kocmur y Dernovsek, 2003) y se considera algo permisible (Bachman et al., 1996; Lee et al., 1996); sin embargo, la actitud hacia el suicidio es mayoritariamente negativa (Kocmur y Dernovsek, 2003), viéndose como un acto cobarde, impulsivo y relacionado con la enfermedad mental.

7.1.1. Epidemiología

El suicidio de menores en el mundo tiene una repercusión que hace que organismos internacionales se preocupen por este problema. Diversos estudios de los años noventa informaban de que las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes se habían triplicado desde mediados del siglo xx (Diekstra, 1993; Kandel, Raveis y Davies, 1991; Sheras, 1992). Aunque desde entonces las cifras se han mantenido con ciertas oscilaciones, actualmente constituye la segunda o tercera causa de muerte en este colectivo en la mayoría de países industrializados (Hagedorn y Omar, 2002; Kachur, Potter, Powell y Rosenberg, 1995). Las tentativas de suicidio, tienen las tasas más altas entre los 15 y 25 años. En Europa, la mayor parte de las tentativas de suicidio se dan en adolescentes y jóvenes adultos (Diekstra, 1993; Platt et al., 1992).

Según datos de la Comisión Europea (2000) en el Report on the state ofyoungpeoples health in the European Union, se aprecia una fuerte e inexplicada variación internacional tanto en la conducta suicida como en las tasas de suicidio. Este organismo confirma que

ha habido un incremento en las tasas de intentos de suicidio en los jóvenes varones en varios países miembros; e indica que se mantiene la correlación entre intentos de suicidio y tasas de suicidio. Las entrevistas comunitarias indican que el 27% de los estudiantes de instituto piensan en el suicidio, y el 10% ha planificado actos suicidas en algún momento.

Entre el 30 y el 40% de los eventuales suicidios consumados habían realizado al menos un intento anterior que había empezado durante la adolescencia. Un intento de suicidio previo aumenta el riesgo entre 38 y 40 veces. La juventud tiende a utilizar métodos más letales con intentos repetidos. El 8% de los estudiantes de bachillerato intenta suicidarse cada año. Sólo el 10-15% de los que intentan suicidarse llegaron a consumarlo.

Si no existen datos fidedignos sobre el suicidio, ni en adultos ni en personas mayores, mucho menos en menores. Podemos corroborar que se produce también elfenómeno iceberg, en el que por cada suicidio consumado pueden existir de 5 a 10 tentativas fracasadas.

La OMS (2004) indica que el suicidio infantojuvenil suele ir asociado, tal como han destacado un elevado número de investigadores, a una amplia gama de factores, como la enfermedad mental, el aislamiento social, intentos de suicidio previos, enfermedad física, consumo de drogas y violencia familiar y escolar.

Concretando la realidad del suicidio de jóvenes en nuestro país, podemos apuntar algunos aspectos. En España, las últimas estadísticas de suicidio publicadas corresponden al año 2010 según el INE (Instituto Nacional de Estadística), y son las que se indican a continuación: el número de suicidios de todos los sexos y todas las edades durante este año fue de 3.158 personas; de ellas, 31 fueron de menores de edad, y de éstos, 25 fueron chicos y 6 chicas. De los 31 casos de menores registrados, 28 corresponden a personas con edades comprendidas entre 15-19 años.

Esto nos indica que hay mayor riesgo en varones adolescentes que en mujeres en esta franja de edad. Por otro lado, puede que haya muchas muertes en estos intervalos de edad que se codifiquen como accidentes, aunque se trate de suicidios, pero quizás no se han encontrado pruebas suficientes para considerarlo un suicidio en toda regla.

Además, en estudios realizados por el Instituto de la juventud, se ha encontrado que algo más del 50% de la población juvenil presenta cuadros depresivos y las depresiones no tratadas conducen al suicidio en un 15% de los casos. Por otro lado, en el 70% de los casos de suicidio aparece el fracaso escolar como desencadenante. Según estos estudios encargados, el suicidio infantil y juvenil se está convirtiendo en un problema de salud

mental importante y relevante, junto a cuestiones como: trastornos de conducta alimentaria, violencia escolar, aislamiento social y depresión, y el uso de Internet asociado a conductas delictivas.

7.1.2. ¿Por qué se suicidan los niños y adolescentes?

El suicidio en niños tiene un potente efecto mediático, como ocurrió con el niño Jokin, que se produjo por bullying. La adolescencia es una etapa compleja de la vida que puede facilitar la conducta suicida por varios motivos: una cierta propensión a tener estados depresivos, un cúmulo de cambios psicológicos y corporales que pueden poner al adolescente en una situación de cierto descontrol y focalizar hacia él/ella sus tendencias agresivas y destructivas, y una tendencia a reaccionar impulsivamente actuando, más que razonando, ante las situaciones que le frustran, le decepcionan o le hacen sufrir.

La conducta de riesgo está casi indisolublemente unida a la población joven; la experimentación, el probar nuevas experiencias, el ponerse al límite..., forma parte del crecimiento hacia la meta de convertirse en adulto. La tentativa de suicidio puede expresar dificultades por las que atraviesa la persona y agotamiento de sus recursos habituales, o puede convertirse en un punto de partida, un cambio vital, un bautismo de fuego, un rito de iniciación, una prueba de amor, un resurgir de las cenizas, como el ave fénix, etc.

Muchas de estas veces se coquetea con la muerte de manera peligrosa, infringiéndose lesiones o heridas. Otras veces el riesgo promete experiencias inolvidables; en ocasiones no valoran su vida como algo tan preciado, y lo exponen a situaciones cuasi-suicidas (como la conducción kamikaze, en sentido contrario, sin ser consciente de las consecuencias propias y para otros).

Por tentativa suicida manipuladora se entiende aquella que contó con medios insuficientes (vitaminas en lugar de psicofarmacos, cortes superficiales, psicofármacos a dosis bajas) o suficientes, pero la preparación permite ser encontrado a tiempo, o que los demás se den cuenta de lo que está haciendo.

En los casos en que se producen llamadas de atención se aprecian lesiones (parasuicidas), muchas veces con la intención sólo de hacerse daño y no ir más allá. Las características de estas lesiones son variadas: daños superficiales y múltiples, localización en zonas asequibles al propio sujeto, controlables visualmente por la persona, en el lado fácilmente alcanzado por la mano dominante (lesiones en el lado izquierdo en personas diestras), las lesiones pueden no coincidir con los daños que aparecen con la ropa.

Según la Guía de la OMS para Consejeros (2006), los comportamientos suicidas en niños y adolescentes a menudo involucran motivaciones complicadas (depresión, abuso de sustancias, problemas emocionales, conductuales y sociales), pérdida de relaciones románticas, la incapacidad de hacer frente a problemas académicos y tensiones en la vida y los problemas relacionados con la baja capacidad de resolución de problemas, baja autoestima y conflictos de identidad sexual y bullying.

Otros aspectos, como vida familiar deteriorada y conflictiva, con cambios como un divorcio, pueden traer sensación de pérdida de control. En los suicidios en jóvenes hay un mayor índice de perturbación psiquiátrica familiar, y menor respaldo de la familia.

7.2. Manifestaciones diferenciales del suicidio en menores

Comparada con la de los adultos, la conducta suicida adolescente tiene más frecuentemente un evento identificable, precipitante, que ha tenido un impacto directo y discernible sobre la identidad del adolescente, su sentido de autonomía e independencia. For wood et al. (2007) informaron de que un intento de suicidio es probablemente más alto entre los jóvenes que presentan una combinación de depresión y conducta externalizada, y aquellos que tienen una ruptura sentimental, han sido asaltados o han sido detenidos.

Entre el 60 y el 70% de los que consuman el suicidio lo hacen en su primer intento conocido. Más del 80% de los adolescentes que lo intentan y lo consuman comunican la ideación suicida antes de intentarlo, el resto hace intentos más letales.

Un factor a tener en cuenta son problemas de orientación sexual, tales como la homosexualidad. Los jóvenes gays y lesbianas tienen de dos a tres veces más probabilidades que sus compañeros heterosexuales de intentar suicidarse. El 30% de los suicidios adolescentes (20 años o menores) cada año son gays y lesbianas.

Hay trabajos que muestran que la autopercepción homosexual (no el serlo realmente) en jóvenes con patología psiquiátrica es un factor de riesgo suicida, que en muchos casos requiere de autopsia psicológica para delimitar la influencia real de este aspecto.

Un tercio de los adolescentes con trastorno distímico y trastorno depresivo mayor harán su primer intento suicida hacia los 17 años. Cerca del 30% de los niños deprimidos harán un intento suicida en la vida adulta. Entre aquellos adolescentes que se suicidan, el intervalo entre la aparición de la depresión y el consumar el suicidio transcurren una media de 7 años. Se necesita discriminar entre aquellos que tienen una conducta suicida crónica (múltiples intentos) y aquellos que experimentan una crisis suicida (intento

único).

En la infancia y adolescencia también hay un porcentaje de intentos de suicidio asociado a traumas tales como abuso físico o sexual, pues la víctima siente impotencia al ver que una figura protectora le hace daño y además le obliga a guardar silencio. Los que son víctimas de este tipo de abusos acostumbran a tener dificultades con el manejo de relaciones interpersonales, lo que les lleva al aislamiento social que, unido a otros factores, incrementa el riesgo autolítico.

Otros factores específicos son el estilo cognitivo, la constelación de personalidad, la poca capacidad para enfrentar problemas y la exposición al suicidio de otras personas (compañeros, amigos, familiares, personas destacadas que el adolescente conoce o noticias).

7.2.1. Etiología y trastornos psicopatológicos

En un 90% de los suicidios en niños y adolescentes, se ha detectado alguna forma de trastorno mental, como causa fundamental (trastornos de estado de ánimo, ansiedades, abuso de sustancias, comportamiento negativo). El sentimiento adicional de desesperanza junto a soledad y percepción de bajo apoyo social constituye un importante de riesgo de suicidio.

Muchos consideran el suicidio como un punto de alivio o una opción razonable, una posibilidad, cuando están en crisis y creen no poseer recursos adecuados.

Por ejemplo, cuando un adolescente intenta suicidarse con psicofármacos, hay que tener en cuenta que la mayoría de las veces esos fármacos no los toma el adolescente, los consumen los padres, y el adolescente los ha cogido a sus progenitores, a veces para culpabilizarlos.

La psiquiatra Edith Serfaty, en Los números del suicidio, dice que la agresividad, la violencia y el suicidio pueden ser distintas facetas de un mismo aspecto: la disconformidad, la depresión, la sensación de desesperanza, la infelicidad. Desde el punto de vista biológico, las conductas agresivas (hacia uno mismo o los demás) tienen un sustrato de disfunción neuroquímica cerebral en común. La irritabilidad, la hostilidad, la agresividad ocurren cuando los sentimientos son negativos, depresivos, de insatisfacción.

Muchos niños suicidas creen que la muerte es un estado temporal, agradable, que eliminará todas sus tensiones. Antes de los 10 años no es posible hablar de suicidio en niños, con el significado que implica el suicidio. El método de elección dependerá de la

edad y la disponibilidad del método. Respecto al primero, De Pfeffer (1986) hace la siguiente distinción:

-De 6a 12 años: saltar desde las alturas, ingerir veneno, colgarse, asestarse una puñalada, ahogarse, chocarse contra un coche, quemarse.

-De 10 a 14 años: uso de armas de fuego, explosivos, colgarse, sobredosis, envenenamiento por sustancias o gas.

Entre el 50 y el 60% de los suicidios consumados tuvieron antes tentativas de suicidio. David Elkind (1998) atribuye el aumento tan extraordinario de los suicidios entre adolescentes a la presión que se impone a los niños pequeños para que obtengan logros y sean responsables desde temprana edad.

7.2.2. Formas de presentación (directas e indirectas) de la conducta suicida en menores

Algunos tipos de conducta suicida que se dan habitualmente entre los adolescentes son:

-Las amenazas de autolesión: aunque en ocasiones se interpretan como chantajes o actitudes desafiantes, implican gran angustia en quien las emite, que puede debatirse entre el deseo de muerte y el miedo a morir.

-Gestos autolesivos: consisten en golpes, cortes, arañazos, quemaduras intencionadas con angustia y sentimientos de vacío; se trata de actos realizados de manera impulsiva, habituales en personalidades límites. En sí mismos estos implican poca letalidad, sin embargo, denotan un patrón de funcionamiento patológico, requieren tratamiento y no se debe ignorar el riesgo de depresión y de autolisis en estos pacientes (Alda Díez, Sibina y Gago, 2006).

-Comportamientos de riesgo reiterados: accidentes repetidos de todo tipo (caídas, accidentes de moto, en el tiempo de ocio, con los amigos...), sobreingestas tóxicas graves. Pueden ser equivalentes depresivos y esconder un deseo de muerte.

Ante un suicidio adolescente hay que considerar las circunstancias para constatar la gravedad del mismo. Por ejemplo, no es lo mismo una adolescente que acaba de discu tir con su novio, se ha tomado tranquilizantes de baja letalidad y es llevada al hospital por su propio novio que una adolescente sin pareja, con el mismo intento de intoxicación, que es encontrada inconsciente en su habitación el fin de semana que sus padres se habían ido de vacaciones.

Pueden darse comportamientos con el mismo resultado (muerte) y distinta intencionalidad:

a)Joven que conduce de forma arriesgada en una noche de juerga y además ingiere drogas. Podría calificarse como suicida.

b)Joven que toma pastillas por un desengaño amoroso, para sentirse mejor (sin intencionalidad de muerte), pero calcula mal la dosis y muere. Podría considerarse un accidente.

Los intentos suicidas en niños y adolescentes se asocian con dificultades familiares serias. Estos intentos autolíticos suelen conmocionar los lugares donde se producen (Acinas, 2004).

7.2.3. Desencadenantes y métodos aplicados

La conducta suicida puede tener varias maneras de presentación, pero también puede ser desencadenada por circunstancias diferentes a las que se aprecian en la adultez.

Cuadro 7.1. La decisión suicida en jóvenes

El día 11 de noviembre de 1997, Veronika decidió que había –por fin– llegado el momento de matarse. Limpió cuidadosamente su cuarto, alquilado en un convento de monjas, apagó la calefacción, se cepilló los dientes y se echó a la cama.

En la mesita de noche colocó las cuatro cajas de pastillas para dormir. En vez de triturarlas y mezclarlas con agua, resolvió tomárselas una a una, ya que existe una gran distancia entre la intención y el acto y ella quería tener la libertad de arrepentirse a medio camino. Mientras, con cada pastilla que engullía se sentía más convencida: al cabo de cinco minutos las cajas estaban vacías.

Como no sabía exactamente cuánto tiempo tardaría en perder la conciencia, se había llevado a la cama una revista francesa, *Homme,* número de aquel mes, recién llegada a la biblioteca donde trabajaba. Si bien no tenía especial interés por la informática, al ojear la revista se topó con un artículo sobre un juego para computadora (CD-Rom como lo llaman), creado por Paulo Coelho, escritor brasileño, al que había tenido la oportunidad de conocer en una conferencia, en el café del hotel Gran Union. Ambos habían intercambiado algunas palabras y ella acabó siendo invitada a comer por el editor de Coelho. (…)

Mientras esperaba la muerte comenzó a leer, pues, sobre informática, materia por la que no sentía el más mínimo interés, lo cual no desdecía de todo lo que había hecho la vida entera, buscando siempre lo más fácil o al alcance de la mano.

Paulo Coelho, *Veronika decide morir,* 1998.

7.2.4. Comunicación al entorno de la intención suicida

Hay varias maneras de mostrar el malestar de un adolescente ante la vida que le conduce

a la decisión suicida; pero no siempre coincide con lo que los adultos pueden comprender.

Lo más probable es que acudan a un amigo durante las primeras etapas de la ideación suicida; por ello es importante capacitar a los iguales, para identificar a sus compañeros en situación de riesgo, para ayudarles y apoyarles. Desafortunadamente sólo un 25% de los estudiantes le cuenta a un adulto que un amigo tiene ideas suicidas; el hacer una presentación docente en el aula, que sirva de prevención, puede animar a comentar estos temas con más confianza. Para los adolescentes, revelar que un compañero tiene planteado suicidarse puede implicar una traición; cuando en realidad se trata de un gesto de interés para prolongar la vida del amigo.

A continuación se muestra un fragmento del diario personal de una adolescente que se suicidó en el que se ven claramente los pensamientos y las emociones que acompañaron sus últimos días:

Cuadro 7.2. Comunicación en nota de suicidio adolescente

Nota de suicidio de una adolescente tras perder a su novio (El último testamento de Silvia)

Es tan difícil expresar con palabras lo que siento dentro de mí porque la mente corre más veloz que las manos.

No sé exactamente cómo iniciar a escribir lo que siento.

Sé que me siento muy deprimida y me gustaría tener a alguien en quien confiar y contarle lo que está sucediéndome.

Me siento muy sola aunque, sí, aparentemente no lo estoy. Tengo una familia que me quiere, pero tengo un vacío dentro de mí que no se puede llenar.

Quisiera hablar con alguien pero no puedo. Tengo miedo, tanto miedo de perder nuevamente a otra persona en la cual podría poner mi confianza.

Me doy cuenta de cuánto me falta Franco y no pasa día que no desee volver a abrazarlo.

Me siento tan insegura sin él, como si fuese una niña perdida. Él era la única razón de mi vida, sin él no tiene sentido vivir.

Me siento culpable de su muerte y me odio a mí misma por mi egoísmo. ¡Era yo quien merecía el castigo! Siempre he hecho lo que he querido, descuidando a los demás, especialmente a Franco.

Estaba celosa de él y de la manera en que era querido por tantos, aunque no era un santo. Sé que él es feliz, ahora.

Mi única esperanza es que tenga la oportunidad de devolver su amor. No me perdonaré jamás lo que he hecho y no creo tener el derecho de pedir a Dios que me perdone.

Estoy viviendo una especie de infierno mental y no creo estar del todo en mi lugar.

Sé que nadie puede ayudarme porque no lo toleraría, quiero castigarme a mí misma.

Tomado de A. Pangrazzi, *Creatività al servizio del malato*.
Ed. Camilliale, Turín, 1990. Pág. 93.

El control del suicidio en adolescentes es más importante cuando hay abuso de sustancias, trastornos de personalidad, impulsividad y relaciones tensas con los compañeros. En los casos graves, hay que establecer un nivel de vigilancia y supervisión; si la familia no puede darlo y el adolescente está fuera de control sería necesario la hospitalización, aunque tampoco es una garantía; los adolescentes que intentan hacerse daño pueden encontrar maneras de alcanzar la meta autodestructiva incluso estando ingresados en el hospital.

7.2.5. Estrategias de afrontamiento de crisis y dificultades

Cuando un menor tiene pensamientos suicidas es importante iniciar de inmediato los procedimientos de control. Esto implica un análisis (nivel de ambivalencia, impulsividad, falta de flexibilidad, medios de letalidad), tener en cuenta el apoyo, niveles variados de compromiso y participación de la familia. El control del suicida puede implicar tratamiento farmacológico u hospitalización, en un dispositivo adecuado para su edad y características.

Pero no es suficiente sólo con controlar la crisis, hay que activar otros recursos necesarios a corto o más largo plazo, como buscar un profesional especializado. La actuación del terapeuta durante la crisis suicida del menor debe consistir en (OMS, 2006):

-Estar tranquilo y ser tolerante. Eliminar la crítica y el juicio de valor.

-Animar a la autorrevelación.

-Admitir el suicidio como opción sin "normalizarlo" como tal.

-Escuchar de forma activa y reforzar positivamente el cuidado personal.

-Mantener el proceso de orientación centrado en la situación actual del menor.

-Evitar la orientación en profundidad hasta que la crisis se resuelva, progresivamente.

-Llamar a otras personas que pueden valorar la posibilidad de que el menor se haga daño.

-Hacer preguntas sobre la letalidad y eliminar los medios letales a su alcance.

-Tomar decisiones eficaces para controlar la crisis, teniendo en cuenta al menor y

sus padres.

Cuando un terapeuta trabaja con poblaciones o ambientes específicos puede desarrollar planes de control de suicidio para sus respectivos grupos, situaciones o contextos. Si están definidos con claridad, permiten prestar asistencia de calidad e incorporar los lugares donde enviar al paciente y garantizar la permanencia en el sistema asistencial o evitar desatención o desamparo.

Otra opción es practicar simulacros de respuesta a intentos de suicidio, que pueden incrementar la confianza de los terapeutas para enfrentar las crisis de suicidio de los pacientes, y al mismo tiempo dar seguridad a éstos de que se puede hacer algo cuando se encuentren desesperanzados.

Las metas de la orientación eficaz son: mejor autocomprensión, identificación de sentimientos conflictivos, aumento de autoestima, cambio de comportamientos de inadaptación, adquisición de capacidades eficaces de resolución de conflictos e interacción efectiva con los compañeros.

Cuando el menor está ingresado, la orientación psicológica debe centrarse en reducir las fantasías morbosas sobre la muerte, el rechazo, la alienación, la pérdida y el castigo; estabilizar la situación y considerar una evaluación psicofarmacológica.

7.2.6. Imitación de suicidio versus suicidio colectivo

En particular entre los jóvenes se da el fenómeno de suicidio en grupo; un intento o un suicidio bien publicitado puede llevar a un comportamiento autodestructivo, en un grupo de compañeros o comunidad similar, que refleja el estilo de vida o los atributos de personalidad del suicida. Ésta es una de las razones que respaldan la implementación de medidas preventivas cuando un niño o adolescente se suicida, especialmente en ambientes educativos.

Los intentos de suicidio de adolescentes corresponden a menudo a situaciones humillantes, tales como fracaso académico o conflictos con la pareja; y esto puede ser visto por parte de otros amigos o compañeros como una manera de resolver los problemas que se les presentan. A veces asociados a trastornos de personalidad, que muchas veces no han sido diagnosticados.

El contagio o imitación se suele dar sobre todo en adolescentes o adultos jóvenes, minimizándose a partir de los 24 años (Gould, 1990). Aunque está mediado por el influjo y la cobertura de los medios de comunicación.

7.3. Factores relacionados con el suicidio en menores

Hay varios factores que influyen en la conducta suicida en niños y jóvenes; en este apartado vamos a fijarnos especialmente en los factores de riesgo y en los factores precipitantes que pueden ayudar a que se desencadene la crisis suicida.

7.3.1. Factores de riesgo

Hay varios aspectos que pueden considerarse factores de riesgo para cometer suicidio en menores; podemos diferenciar entre aspectos de tipo general y específico:

a)Aspectos generales:

-Sexo: los varones tienen mayor probabilidad de consumar el suicidio. Un estudio de Berman y Jobes (1991) indica que los adolescentes varones cometen actos suicidas en una proporción cuatro veces mayor que las mujeres (18% frente a 4%); pero las mujeres lo intentan sin lograrlo en una proporción superior.

-Nivel socioprofesional de los padres. En un estudio realizado en Dinamarca, se observó que el riesgo de suicidio era mayor entre jóvenes con una historia parental de suicidio, ingreso por enfermedad mental, ser soltero, ser desempleado o beneficiario de ayudas sociales, con hermanos ingresados por enfermedad mental, cuya madre haya muerto o emigrado, y/o cuyo padre haya tenido una pobre educación o bajos ingresos (Agerbo et al., 2002). El riesgo de los factores ligados con la situación del padre era más fuerte que con la madre.

-Clima en el que se vive. Existe una distribución asimétrica de suicidios a lo largo del año (con un pico en primavera), y dependiendo de la latitud. En un estudio de Italia (Preti, 1998), se vio que había más suicidios en las regiones del norte del país. Se encuentran tres factores climáticos relevantes: el grado de humedad, la media de precipitaciones y la exposición solar. La mayor tasa de suicidios correspondía a lugares secos y menos expuestos al sol.

b)Específicos:

-Nivel de estudios alcanzado. Hay una relación inversa entre suicidio y educación.

-Tener amigos que han intentado suicidarse (está fuertemente relacionado con el riesgo del propio suicidio, según un estudio de Blum, de la Universidad de Minnesota).

-Intentos de suicidio previos.

-Presencia de enfermedad mental o, específicamente, un trastorno del ánimo (como depresión; teniendo en cuenta que las manifestaciones en menores pueden ser diferentes que en adultos).

-Historia de abuso sexual. Como situación traumática vivida como un problema sin solución, y que no se atreve a contar a nadie.

-Problemática escolar, como acoso o bullying, fracaso escolar.

-Homosexualidad manifiesta o más o menos encubierta, o no aceptada por el entorno más cercano.

En los adolescentes, los factores de riesgo vinculados al intento suicida están más relacionados con la transición adolescente (cambios en el estilo de vida, pandillas, desilusión respecto a figuras adultas, uso de drogas), baja tolerancia a la frustración y pocas habilidades de manejo de estrés, escaso control de impulsos o agresividad, problemática (pérdida de algún familiar y penurias económicas...).

Hay algunos factores que incrementan el riesgo de suicidio (García Campayo et al., 2006) y que pueden actuar como amplificadores:

-La existencia de síntomas psicóticos durante el episodio.

-El hecho de que el origen de la depresión sea secundario a una enfermedad orgánica.

-El grado de desesperanza respecto al futuro (por ejemplo, medido con la Escala de Desesperanza de Beck).

Detectar el riesgo de suicidio es importante, pero no es útil, a no ser que sepamos qué es lo que podemos hacer al respecto, por lo que la identificación del riesgo debe ir acompañada de estrategias de intervención de tipo individual o comunitario.

David Brent, de la Universidad de Pitsburgh, habló de Agresión Impulsiva como la tendencia a responder a la provocación, o a la frustración, con hostilidad o agresividad. Sería una tendencia a ser agresivo-impulsivo en combinación con un estado de ánimo deprimido, que aumenta el riesgo suicida. Se ha asociado con conducta suicida incluso dentro de grupos de pacientes con diagnósticos similares. Aumenta la probabilidad de que una persona lleve a cabo los pensamientos suicidas. Estos jóvenes tienen dificultad en

evaluar los riesgos y generar alternativas apropiadas cuando se enfrentan a los problemas.

Aunque la exposición a muchas adversidades es un poderoso predictor de la conducta suicida a lo largo de la vida, el trauma infantil durante la infancia es uno de los factores de riesgo más potentes, según Bruffaerts, de la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica). Incluso aunque se controlen rigurosamente variables, hay un incremento tres veces superior a lo largo de la vida de intentos y de ideación suicida si existe historia de abuso sexual o físico. Por ello, la identificación de familias en riesgo para ofertarles ayuda puede disminuir el suicidio.

En un estudio más amplio, con muestras nacionales representativas de las encuestas de la OMS de 21 países de África, América, Asia, Europa y Oriente Próximo. Los resultados mostraron que un 2,7% informó de al menos un intento de suicido, y el 9,4% dijo que había tenido ideas de cómo terminar con su propia vida. Entre aquellos que habían intentado suicidarse, el 29,3% había sido víctima de abuso físico, el 24,8% había experimentado violencia familiar, y el 14,5% había sido víctima de abusos sexuales.

Tanto en los modelos bivariados como en los multivariantes, las adversidades infantiles se asociaron con un riesgo aumentado de ideación e intento autolítico, y se incrementaba más con el número de adversidades experimentadas, pero en un porcentaje decreciente.

Por lo tanto se han encontrado asociaciones poderosas entre las adversidades infantiles y los intentos de suicidio en la infancia. Estas asociaciones disminuyeron durante la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta, antes de volver a aumentar en la edad adulta. Específicamente, una historia de abuso sexual durante la infancia se asocia con un aumento de un 10,9 de probabilidad en las tasas de intento autolítico entre los 4 y los 12 años de edad, un 6,1 de incremento de probabilidad entre los 13 y los 19 años de edad y un 2,9 de probabilidad entre los 20 y los 29 años.

7.3.2. Factores precipitantes

Cada persona tiene un umbral de control, que cuando es superado puede hacer que la persona pierda el control de los impulsos y considere seriamente la posibilidad de quitarse la vida. Aunque de forma ocasional una persona puede presentar una descompensación ante ciertos sucesos traumáticos o patologías orgánicas, o dificultades conductuales y emocionales.

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre en el manejo de su economía y otros

miedos mientras van creciendo. Para algunos, el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para varios de ellos, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés, cuando hay otras múltiples soluciones no suicidas.

Permanecer a solas, o estar solo, favorece momentos propicios para intentar el suicidio. Las personas que tienen una intencionalidad clara suelen presentar cambios en la conducta habitual, en pensamientos, hábitos, etc. (de ahí la importancia de recabar información de familiares y conocidos). Algunas personas esperan la ocurrencia de algún hecho significativo (ruptura de relación afectiva o de pareja, fallecimiento de un ser querido...) para suicidarse.

Señales de aviso de sentimientos, pensamientos o comportamientos suicidas

Muchas de las señales de aviso de posibles sentimientos suicidas son también síntomas de depresión. La observación de los siguientes comportamientos en el menor ayuda a identificar a los menores en riesgo:

•Cambios en los hábitos alimenticios y del sueño.

•Pérdida de interés en las actividades habituales. Tendencia al aislamiento.

•Retraimiento respecto de los amigos y miembros de la familia.

•Comportamiento rebelde, escaparse de casa, provocar discusiones.

•Manifestaciones de emociones contenidas y alejamiento o huida.

•Uso de alcohol y drogas, u otras sustancias psicoactivas.

•Descuido del aspecto personal. Higiene, imagen (no afeitarse, ni maquillarse).

•Situaciones de riesgo innecesarias.

•Preocupación acerca de la muerte. Deseos de morir.

•Aumento de molestias físicas frecuentemente asociadas a conflictos emocionales, como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.

•Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.

•Sensación de aburrimiento. Bajo interés por sus aficiones, su tiempo de ocio.

•Dificultad para concentrarse.

•Falta de respuesta a los elogios de adultos. Poca tolerancia a elogios y premios.

Cuando la situación se vuelve más angustiosa el adolescente puede dar un aviso de planes o intentos de suicidarse de manera más concreta y directa:

•Verbalizar: Quiero matarme o Voy a suicidarme.

•Dar señales verbales: No seré un problema por mucho tiempo más o Si me pasa algo, quiero que sepáis que..., Nada me importa, Para qué molestarse, No te veré otra vez.

•Quejarse de ser una persona mala o sentirse abominable, un monstruo.

•Regalar sus objetos favoritos; tirar sus pertenencias importantes o valiosas.

•Ponerse alegre repentinamente tras un período de depresión.

•Expresar pensamientos extraños.

•Escribir una o varias notas de despedida (las guarda y no sabe si las va a emplear todas o sólo algunas).

Si el niño o adolescente dice que se quiere matar, hay que tomarlo siempre muy en serio. Aunque sea incómodo hablar de la muerte, puede ser muy útil preguntarle si está deprimido o pensando en el suicidio. Le indicará que alguien se preocupa por él y le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas. Debe analizarse de manera concreta la complejidad de cada caso individual, para establecer e instaurar pautas de intervención adaptadas a cada situación.

7.3.3. Evaluación del suicidio en menores y jóvenes

Se pueden utilizar diversas preguntas en la entrevista o de preguntas-tipo útiles para evaluar la conducta suicida en niños y adolescentes.

•Ejemplos de preguntas para entrevistar a niños sobre ideación y conducta suicida (Jacobsen et al., 1994. "Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behavior". Journal ofAmerican Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33 (4): 439-451).

•Determinando la presencia de ideación o conducta suicida anterior o actual.

1. ¿Te sentiste alguna vez tan molesto que hubieses deseado o no estar vivo o querer morir?

2. ¿Hiciste algo alguna vez que sabías que era tan peligroso que te podía hacer daño o incluso matarte?

3. ¿Te has hecho alguna vez daño o has intentado autolesionarte?

4. ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?

•Evaluación de los intentos autolíticos

1. ¿Le dijiste a alguien que querías morir o estabas pensando cómo matarte?

2. ¿Preparaste algo para matarte?

3. ¿Había alguien cercano o estaba contigo cuando intentaste quitarte la vida?

4. ¿Creías que lo que hiciste te iba a matar?

5. ¿Después del intento de matarte piensas todavía que quieres morir o piensas que quieres vivir?

•Entrevista para niños cuyos conceptos de tiempo, causalidad y muerte puede que todavía no sean adecuados.

1. ¿Piensas en cómo matarte más de una o dos veces al día?

2. ¿Has intentado matarte desde el último verano/desde que comenzó el colegio?

3. ¿Qué piensas que sucederá cuando intentes... saltar por la ventana?

4. ¿Qué sucedería si tú murieses?, ¿cómo sería?

•Evaluando el impacto potencial del estado emocional actual del niño sobre el recuerdo de la ideación o conducta suicida.

1. ¿Cómo recuerdas que te sentías cuando estabas pensando o intentando matarte?

2. ¿Te sentiste entonces de forma diferente a como te sientes ahora?

•Determinar los factores precipitantes y los factores de riesgo.

1.¿Has pensado o intentado matarte antes?

2.¿Te llevas bien con tu familia? ¿Y con tus amigos?

3.¿Ha ocurrido algo recientemente que te haya alterado?

Entre las escalas de tendencia al suicidio (suicidalidad) auto-administradas, para adolescentes, utilizadas en screeningde conductas suicidas, se encuentran:

a)Escala de Beck de Ideación Suicida (BIS): versión autoaplicada de la Escala de Ideación Suicida (SSI). Consta de 19 ítems, los cinco primeros indagan sobre el deseo de vivir/morir, razones para vivir/morir, deseo de realizar un intento activo o pasivo de suicidio.

b)Rastreo para Adolescentes de Columbia (CSS): evalúa ideas suicidas, conductas suicidas y factores de riesgo por medio de 26 ítems.

c)Cuestionario Ideación Suicida (CTS) de Reynolds: mide frecuencia e intensidad de ideas suicidas a través de 30 ítems en estudiantes de secundaria o 15 ítems en primaria.

d)Índice de Potencial Suicida de Niños-Adolescentes (CASPI): valora riesgo de comportamiento suicida con 30 ítems (sí/no) que incluyen tres factores (ansiedad, impulsividad, depresión; ideas y actos suicidas; disfunción familiar), aplicada al adolescente y a sus padres.

e)Cuestionario de Conducta Suicida (SBQ) de Linchan (1981): escala de cuatro preguntas tipo Likert que indaga sobre frecuencia de ideas suicidas, comunicación de los pensamientos suicidas a otros y actitudes y expectativas de realizar actualmente un intento de suicidio.

f)Cuestionario de Conducta Suicida Revisado de Linchan (1996): Versión revisada del instrumento anterior, evalúa 14 conductas suicidas para responder en 34 ítems dependiendo de la presencia o ausencia actual, pasada o esperada de conducta suicida.

En 1981, Okasha, Lotaif y Sadek dis eñaron un cuestionario de 5 ítems, aplicado en estudiantes de Medicina, con respuestas tipo Likert. Los cuatro primeros exploran ideas suicidas de diferente intensidad: ¿Has pensado que la vida no vale la pena? ¿Has sentido

deseos de estar muerto? ¿Has pensado llevar tu vida como si realmente no estuvieras? ¿Has pensado terminar con tu vida?

El quinto ítem consulta sobre el intento de suicidio: ¿Has intentado suicidarte? Para cada ítem existen cuatro posibles respuestas: nunca, casi nunca, algunas veces, muchas veces. Las respuestas son referidas a los últimos 12 meses. El puntaje de esta escala se relacionó de manera significativa con síntomas psiquiátricos y con eventos vitales estresantes.

Cuadro 7.3. Protocolo de Evaluación del Suicidio en Adolescentes. ASAP - 20 (2004) (adaptado de William J.Fremouw, Julia M.Strunk, Elizabeth A.Tyner, Robert Musick)

Paciente: ..... Fecha: .....

Hospital: ..... Edad: ..... Género: .....

Ítems históricos: Código: 0 = Ninguno, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Grave	Código (0-3)
1. Historia de intentos de suicidio 0 = Ninguno, 3 = Definido	.....
2. Historia de abuso físico/sexual	.....
3. Historia de conductas antisociales	.....
4. Historia de intentos de suicidios/suicidios consumados en la familia 0 = Ninguno, 3 = Definido	.....

Ítems clínicos generales: Código: 0 = Ninguno, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Grave	Código (0-3)
5. Depresión	.....
6. Desesperanza	.....
7. Ira	.....
8. Impulsividad	.....
9. Abuso de sustancias	.....

Ítems específicos suicidio: Código: 0 = Ninguno, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Grave

	Código (0-3)
10. ¿Actualmente, con qué frecuencia piensa en suicidarse?	.....
0: Casi nunca	.....
1: Pensamientos ocasionales (mensualmente)	.....
2: Regularmente (semanalmente)	.....
3: Casi a diario	.....
11. ¿Actualmente tiene algún plan y métodos para suicidarse?	.....
0: Ninguno	.....
1: Una idea general, pero ningún plan específico	.....
2: Un plan específico	.....
3: Un plan específico con un método disponible y programado temporalmente	
12. ¿Vas a intentar suicidarte?	.....
0: No tengo intención	.....
1: Improbable	.....
2: Probablemente, algún día	.....
3: Probablemente, en un futuro próximo	.....

Ítems contextuales: Código: 0 = Ninguno, 1 = Leve, 2 = Moderado, 3 = Grave

	Código (0-3)
13. Pérdidas recientes	.....
14. Acceso a armas de fuego	.....
15. Disfunción familiar	.....
16. Problemas con compañeros	.....
17. Problemas escolares/legales	.....
18. Contagio 0 = Ninguno, 3 = Definido	.....

Ítems protectores:

	Código (0-3)
19. Razones para vivir 0 = Muchas, 1 = Una, 2 = Imprecisas, 3 = Ninguna	.....
20. Tratamiento actual 0 = Sí, 3 = No	.....

TOTAL 1-20 .....

Otras consideraciones:

Evaluación del riesgo

Puntuación total	Baja ☐ (0-15)	Media ☐ (16-19)	Alta ☐ (20+)

Acciones realizadas (comprobar todas las que se aplican):

1. Continuar controlando los factores de riesgo .....
2. Avisar a la familia .....
3. Avisar/consultar con el supervisor .....
4. Recomendar/derivar a tratamiento ambulatorio .....
5. Recomendar/derivar a consulta psiquiátrica/evaluación médica .....
6. Contrato conductual NO SUICIDA .....
7. Recomendar eliminación acceso armas de fuego/venenos .....
8. Notificar a las autoridades del riesgo para sí/los otros .....
9. Recomendar/derivar a tratamiento .....
10. Recomendar/derivar a unidad de crisis/ingreso voluntario .....
11. Gestionar ingreso contra la voluntad .....
12. Otras: _____ .....

Entrevistador: *Supervisor*

7.4. Intervención con menores en suicidio

La intervención psicológica con niños y adolescentes no es muy diferente de la de adultos, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada edad y de la situación concreta de cada caso.

7.4.1. Intervención con supervivientes del suicidio

Cuando un chico se encuentra en plena adolescencia y una persona muy querida por él (familiar o compañero) se suicida, se desmorona su mundo. No nos han enseñado qué decir ante el fallecimiento de una persona por suicidio, nos crea incomodidad; pero en el fondo las familias desean oír lo mismo que ante otro tipo de muerte y que las demás personas les brinden apoyo.

Es fundamental atender a las necesidades de los dolientes, especialmente si son menores, pero muchas veces se les trata como adultos. Pueden decir que ven a su hermano suicida en el domicilio o que le escuchan hablar o que les llama; estas

manifestaciones deben ser aceptadas dentro de los límites normales de la elaboración de un duelo normalizado.

Si se trata de un suicidio entre varios hermanos, éstos pueden experimentar cambios en todos o casi todos los aspectos de la vida; hay que evitar la identificación con el hermano suicida, proporcionando otras opciones no autolesivas para resolver problemas. Deben explorarse las ideas suicidas en los hermanos sobrevivientes, evaluando el riesgo y el grado de afectación psicológica (Pérez Barrero, 2007).

Cuadro 7.4. Necesidades de las personas que experimentan duelo por suicidio

- Ver el suicidio en perspectiva.
- Superar los problemas familiares causados por el suicidio.
- Sentirse mejor con sí mismos.
- Poder hablar del suicidio de la persona querida.
- Obtener información objetiva sobre el suicidio y sus efectos.
- Contar con un lugar seguro para expresar sus sentimientos.
- Entender y superar las reacciones de otras personas frente al suicidio.
- Obtener consejos sobre situaciones prácticas/sociales.

Si el suicidio lo ha cometido uno de los padres, los niños pueden tener una reacción típica de negar lo ocurrido, mostrarse llorones, irritables, con cambios bruscos del estado de ánimo, dificultades de sueño, pérdida de apetito e intentos suicidas... que puede ser un intento de reunirse con el fallecido (aunque también puede haber deseos reales de morir); también pueden escuchar las voces de sus padres dentro de su cabeza y ver el fantasma del fallecido/a.

Según Shaffer et al. (2001), cuando se suicida un padre o un hermano el menor está en riesgo de mostrar síntomas de ansiedad y depresión. Tener un amigo o conocido que cometa suicidio incrementa la posibilidad de inicio de depresión mayor, trastorno de ansiedad, ideación suicida y TEPT en los adolescentes, en los 6 meses inmediatamente posteriores al suicidio (Brent et al., 1996b; Pfeffer, 1997).

Aspectos como presenciar realmente el suicidio o visualizar la escena posteriormente, hablar con la víctima el día antes del suicidio y sentir que tenían conocimiento y fallaron al evitarlo también incrementan estos riesgos (Brent et al., 1996b; Hazell y Lewin, 1993).

El psicólogo necesita trabajar cuidadosamente con los adolescentes que exhiben culpa, teniendo en cuenta que los efectos del suicidio se pueden extender fácilmente. Se trata de disminuir la probabilidad de que otros se identifiquen con el comportamiento suicida del

fallecido, para manejar la adversidad (Brent, 1997).

7.4.2. Suicidio y entorno escolar

En este capítulo se plantean algunos de los aspectos no recogidos anteriormente, como qué hacer cuando efectivamente se ha producido un suicidio en el centro, y cómo se puede actuar desde el centro educativo.

A) Causas y desencadenantes. Actitud del medio escolar

En el centro educativo en el que ha fallecido un chaval se produce una consternación general, que bloquea a la comunidad educativa. Conviene trabajar el tema con el resto de los compañeros y con los profesores y tutores, para mejorar la asimilación de la noticia y las emociones y sentimientos que vayan surgiendo. Puede ser necesario recurrir a un profesional especializado que asesore y guíe en todo el proceso.

Neeleman (2002) defiende que el rechazo actitudinal hacia el suicidio por pares puede ofrecer protección frente al riesgo suicida. Encontraron que había varias influencias sociales relacionadas con la conducta suicida, sugiriendo que el acto suicida es multifactorial.

Es fundamental que en el medio escolar no se estigmatice al niño o adolescente si padece una enfermedad mental; más bien se debe ayudar a que otros compañeros entiendan qué es lo que le ocurre al compañero; diferenciar la enfermedad mental de situaciones vitales que conducen a la desesperación y al suicidio, y facilitar poner en marcha estrategias por parte de todos para prevenir en toda la comunidad escolar la aparición de nuevas conductas suicidas.

B) Estrategias de actuación ante el suicidio en el medio escolar

Si el chico/a que ha intentado suicidarse regresa al centro, se debe potenciar la idea de la eficacia del tratamiento psiquiátrico o psicológico para ayudar a las personas con graves dificultades y evitar el rechazo o que se generen conductas peligrosas si los compañeros, por ejemplo, le obligan a tomarse más dosis de la normal o le retan a dejar de tomarse la medicación o a mentir al psicólogo.

Cuando el suicidio de un adolescente ocurre en la escuela se deben tomar las siguientes medidas (Pérez Barrero, 2007):

-Evitar las explicaciones simplistas de lo ocurrido.

-Evitar que el suicidio sea presentado como un hecho heroico, romántico, fascinante o como una salida probable ante determinadas situaciones.

-Identificar los problemas de salud mental de la víctima y correlacionarlos con la conducta suicida, especialmente si era portador de una enfermedad reconocible.

-Brindar ejemplos de otros estudiantes que en similares situaciones, en peores condiciones y con motivos parecidos, buscaron otras soluciones no destructivas.

-Lograr que los estudiantes identifiquen otras salidas ante los problemas que conllevó el suicidio del compañero.

-Conseguir que identifiquen aquellos factores protectores que hubieran podido evitar el suicidio del compañero.

Los profesores formados en prevención de suicidio pueden prestar una valiosa ayuda en la disminución de esta causa de muerte entre los estudiantes, erradicando criterios erróneos relacionados con el suicidio, entre adolescentes, padres, otros profesores.

El asesoramiento psicoeducativo puede reducir el riesgo de comportamiento suicida. Según indica Pfeffer (1997), debe realizarse una intervención para promover el duelo y disminuir los sentimientos personales de culpa, trauma y aislamiento social del niño o adolescente. La intervención puede ser individual o grupal (con otros adolescentes).

Resumen e ideas claves

-La conducta suicida no es muy frecuente en niños y adolescentes, pero su prevalencia se está incrementando rápidamente en los últimos años por sentimientos de impotencia, percepción de que las dificultades corrientes son inaguantables.

-Se ha constatado que del 12 al 25% de los niños mayores y adolescentes experimentan ideación suicida en algún momento.

-Muchos de los suicidios que se producen en menores se registran como accidentes y no como suicidios. Hay más riesgo en varones que en mujeres en una proporción de 4:1.

-Se estima que por cada suicidio consumado en este grupo de población hay una media de 5 a 10 tentativas fallidas, sobre todo en los tres meses posteriores al primer intento.

-Las adversidades durante la infancia pueden ser factores de riesgo para la conducta suicida a lo largo de la vida. Hay mayor riesgo de suicidio en las personas que han vivido hechos estresantes vitales en los tres meses previos al intento.

-El suicidio se convierte en muchos menores en una salida a sus problemas como única alternativa.

-Los adolescentes no suelen comentar con un adulto que un compañero quiere suicidarse porque lo ven como una traición a su confianza.

-Según la OMS, el suicidio en menores se ha asociado a enfermedad mental, aislamiento social, intentos de suicidio previos, enfermedad física, consumo de drogas y violencia familiar y escolar.

-La conducta suicida adolescente tiene más frecuentemente que en la adultez un evento identificable, precipitante, que ha tenido un impacto directo sobre la identidad del adolescente.

-El estar acompañado hace que disminuya el riesgo de suicidio.

-Entre los adolescentes es más común que en otros grupos de edad los suicidios colectivos o el contagio de conducta suicida.

-La agresión impulsiva es una tendencia a ser agresivo-impulsivo en combinación con un estado de ánimo deprimido, que aumenta el riesgo de conducta suicida.

-Cuando un terapeuta trabaja con poblaciones o ambientes específicos puede desarrollar planes de control de suicidio para sus respectivos grupos, situaciones o contextos.

-La formación de los profesores en prevención del suicidio puede favorecer la detección precoz y que algunos aspectos no evolucionen hacia un plan suicida elaborado.

Preguntas de autoevaluación

1. La muerte por suicidio en adolescentes y jóvenes en la mayor parte de los países industrializados constituye, dentro de ese grupo de edad:

a)La primera causa de muerte.

b)La segunda o tercera.

c)La cuarta o la quinta.

d)La décima causa.

e)La décimosegunda causa.

2.¿Qué se entiende por tentativa suicida manipuladora en un joven?

a)La que contó con medios insuficientes, o suficientes, pero la preparación permite ser encontrado a tiempo, o que otros se den cuenta de lo que ocurre.

b)La que se produce cuando la persona avisa de que va a suicidarse.

d)Cuando la persona amenaza con suicidarse si no consigue lo que quiere de los padres.

d)La que acaba en muerte siempre.

e)Ninguna de las anteriores es correcta.

3.Señala cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

a)Los problemas de orientación sexual no son importantes en la determinación del suicidio en adolescentes.

b)El 5% de los suicidios adolescentes (20 años o menores) cada año son gays y lesbianas.

c)Los jóvenes gays y lesbianas tienen de 2 a 3 veces más probabilidades que sus compañeros heterosexuales para intentar suicidarse.

d)Hay mayor probabilidad de suicidio entre los chicos gays que entre las chicas lesbianas, en una proporción de 30 a 1.

e)En todos los casos de suicidio se deja nota suicida culpando a la pareja homosexual.

4.¿Cómo debe ser la actitud del terapeuta ante una crisis suicida de un menor?

a)No animar a la autorrevelación.

b)Realizar una orientación en profundidad desde el principio.

c)No hacer preguntas sobre la letalidad de los métodos empleados.

d)Mantener el proceso de orientación centrado en el lugar y en los momentos actuales que está viviendo el niño o adolescente.

e)Tomar decisiones sobre el manejo de la crisis sin tener en cuenta al menor y a sus padres.

5.De la intervención con supervivientes del suicidio, la afirmación verdadera es:

a)No suelen producirse efectos de imitación de otros compañeros que intenten suicidarse.

b)Durante el duelo hay que tratar a los menores como si fueran adultos.

c)Siempre deben explorarse las ideas suicidas en los hermanos sobrevivientes, evaluando el riesgo de suicidio y el grado de afectación psicológica.

d)No debe aceptarse que un niño diga que ve a su hermano muerto en el domicilio, que le escucha hablar y que él les habla.

e)Los hermanos no suelen experimentar cambios en ningún aspecto de su vida tras el suicidio del hermano.

8

El suicidio en personas mayores

8. i. Introducción

El suicidio en las personas mayores difiere en muchos aspectos del suicidio juvenil. Dado que las personas mayores generalmente hacen intentos autolíticos con métodos más letales, el porcentaje de suicidios consumados aumenta sustancialmente con la edad. Un intento de suicidio realizado por una persona mayor es más probable (si se repite) que resulte en una muerte futura por suicidio que en el caso de las personas más jóvenes. Sin embargo, el suicidio en las personas mayores recibe menos atención en la literatura y en las noticias de prensa que el suicidio de los jóvenes. Una de las razones del porqué no se les otorga la importancia social y política que tienen los altos porcentajes de suicidios entre las personas mayores puede que tenga que ver con la devaluación y exclusión social que sufre este grupo etario. Aunque hay una cierta buena voluntad y son muchas las voces que se alzan contra el "edadismo", no es menos cierta la existencia de un estereotipo social de pérdida de valor al llegar a la vejez. En la sociedad actual se valora la competitividad, la productividad y sobre todo la salud y la belleza, cosas que se pierden con el paso de los años. Una vez asumido el rol social de persona devaluada, la probabilidad de rechazo y exclusión social es muy elevada, por eso no es de extrañar que las personas mayores pierdan soportes sociales, relaciones, autonomía, consideración y respeto. Resulta obvio que esta situación vital de aislamiento y desesperanza precipita los cuadros depresivos y las tendencias suicidas en las personas mayores.

8.2. Factores de riesgo de suicidio en la tercera edad

La incidencia de la ideación suicida en la población mayor varía considerablemente y también varía la naturaleza de la ideación suicida. Desde un deseo pasivo de dejarse mo rir que difícilmente conlleva a la muerte por suicidio hasta la determinación de acabar con su vida, que lógicamente pone en marcha la secuencia de conductas necesarias para llevar a término la acción. Las investigaciones sugieren que cuando una persona mayor decide acabar con su vida, su conducta es menos impulsiva que la que se aprecia en personas más jóvenes, y el método elegido es más probable que sea letal (Farber, 1965).

Las personas mayores que se suicidan son menos propensas a comentar sus planes con anterioridad, y las muertes por suicidio no violento en las personas mayores pueden ser erróneamente atribuidas a la enfermedad.

Los estudios que examinan la ideación suicida en las personas mayores son problemáticos. Por una parte, se suelen basar en autoinformes, y por otra parte, las definiciones de los conceptos varían de unos estudios a otros y las medidas se han realizado en diferentes ventanas temporales, lo que dificulta en gran medida la generalización de los resultados. Alguno de estos estudios informa de pensamientos específicos de suicidio mientras que otros se refieren a pensamientos de muerte más generalizados, y las ventanas temporales varían desde la semana anterior hasta dos años atrás. Por ello, mientras se estima que la ideación suicida entre la gente mayor es problemática, está claro que las personas mayores son menos proclives a admitir que ellos tienen esos pensamientos que la gente joven (Blazer et al., 1986; Duberstein et al., 1999). Resulta también interesante advertir que es más probable que se comunique la ideación suicida en las personas de 85 años y más que en las personas mayores de menor edad. En el estudio de Skoog et al. (1996), más del 16% de las personas mayores de 65 años habían tenido pensamientos activos de acabar con sus vidas o habían deseado la muerte o se habían planteado que no merecía la pena vivir la vida. Sin embargo, la ideación suicida no es el único indicio de que una persona mayor contempla el suicidio, la literatura especializada sugiere que hay otros signos de alarma.

En términos de indicadores más amplios, Osgood y Thielman (1990) identifican cuatro tipos diferentes de signos de alarma que pueden indicar posible ideación e intento suicida en personas mayores, éstos son: los indicios verbales, los indicios conductuales, los situacionales y los sindrómicos. Los indicios verbales que señalan ideación suicida pueden ser directos e indirectos. Un indicio directo puede ser una conversación centrada en el tema, incluyendo expresiones directas de acabar con la propia vida. Los indicios indirectos incluyen declaraciones expresando que en situaciones o acontecimientos próximos en el tiempo ellos ya no estarán o no lo verán. El indicio conductual más claro son los antecedentes suicidas previos y está claro que la gente mayor hace pocos intentos suicidas previos en relación a los suicidios consumados. Esto quiere decir que un intento suicida fallido debe tomarse como un serio indicador de riesgo para un posterior intento en el futuro. Hay una serie de indicios conductuales indirectos que vienen referidos en la literatura científica:

- La acumulación de medicamentos.

- Hacer o modificar el testamento.

•Conductas indicativas de que está dejando las "cosas en orden".

•Interés repentino en donar sus pertenencias (dinero incluido).

•Restablecimiento o toma de contacto con el párroco u otro representante de sus creencias religiosas.

•Descuido personal o pérdida de interés por las cosas de la casa o las tareas sociales.

•Consultar al médico de familia con síntomas inespecíficos.

Un indicio conductual adicional de especial importancia para la gente mayor que vive en ambiente rural (también militares retirados y cazadores) es la compra de un arma o guardar un arma de fuego con su munición.

Los factores situacionales incluyen todos aquellos acontecimientos que ocurren en la vida de las personas mayores y que pueden motivar depresión. La presencia de depresión es muy significativa como un precursor principal del suicidio en las personas mayores. Muchos de estos factores situacionales incluyen los cambios repentinos de clase social, la jubilación, el cambio de domicilio, la muerte de uno de los esposos, hijo o amigo íntimo con diagnóstico de enfermedad grave. Los factores sindrómicos se refieren a la presencia de un grupo de síntomas estrechamente relacionados con el suicidio, según Holkup (2002) incluyen:

•Depresión acompañada de ansiedad.

•Tensión, agitación, culpa y dependencia.

•Rigidez, impulsividad y aislamiento.

•Cambio en los hábitos de sueño y alimentación.

•Repentina recuperación de una profunda depresión.

Adicionalmente, el estrés característico que acompaña la última etapa de la vida, jubilación incluida, la pérdida de seres queridos, el aislamiento social y un aumento de la carga de discapacidad, cada uno de ellos puede considerarse un factor de riesgo para el suicidio en las personas mayores. Muchos estudios han propuesto la relación entre enfermedad y suicidio. La mayoría de estas asociaciones, sin embargo, se infieren desde casos no controlados y hay pocos estudios publicados con rigor metodológico.

> El Gobierno de Tsolakoglou ha aniquilado toda posibilidad de supervivencia para mí, que se basaba en una pensión muy digna que yo había pagado por mi cuenta sin ninguna ayuda del Estado durante 35 años. Y dado que mi avanzada edad no me permite reaccionar de otra forma (aunque si un compatriota griego cogiera un kalashnikov, yo le apoyaría) no veo otra solución que poner fin a mi vida de esta forma digna para no tener que terminar hurgando en los contenedores de basura para poder subsistir... (Nota encontrada en poder de Dimitris Christoulas, el jubilado de 77 años que se suicidó en Atenas el 4 de abril de 2012).

Un informe de 42 casos encontró que pacientes con mayor carga de enfermedad psiquiátrica, enfermedad física y limitaciones funcionales eran más propensos a cometer su¡ cidio. Otro informe de 85 casos sugiere que el deterioro visual, la enfermedad neurológica y la enfermedad mental incrementan el riesgo de suicidio en conjunto, pero no se estudiaron los efectos individuales de las enfermedades. A pesar del hecho de que el suicidio y su prevención continúa siendo un área prioritaria para el cuidado de la salud, el suicidio en las personas mayores permanece recibiendo poco interés y atención de la investigación.

Los porcentajes de suicidios continúan aumentando con la edad en las naciones más industrializadas, los mayores porcentajes se corresponden con los varones. La noción de que la mayoría de los suicidios en las personas mayores son actos "racionales", en respuesta a situaciones irreversibles e incomprensibles, no se soporta por las investigaciones clínicas disponibles. La conducta suicida en la vejez se caracteriza por realizar más intentos y con mayor letalidad que en los grupos de edad más jóvenes, y el personal sanitario juega un papel vital en el reconocimiento y prevención del suicidio en la vejez.

Según algunos estudios que se han centrado específicamente en población mayor (Cattell, 1988; Cattell y Jolley 1995; Duckworth y McBride, 1996; Osuna et al., 1997; Purcell et al., 1999), los varones de 75 años de edad y de más edad acumulan los porcentajes suicidas más elevados en casi todos los países industrializados, y entre muchos de estos países los porcentajes de suicidios aumentan con la edad. Sin embargo, en la actualidad son muchos los países que han declinado registrar los porcentajes suicidas en la vejez.

En Inglaterra y Gales, entre 1983 y 1995, los porcentajes de suicidios de hombres decrecieron entre el 30 y el 40% en los grupos de edad 55-64, 65-74 y 75-84 años (Kelly y Bunting, 1998). Los porcentajes para los grupos más mayores (varones de más de 85 años) durante este período permanecieron estáticos, este grupo continúa teniendo los porcentajes más altos de todos los grupos. Al contrario, el grupo de varones de edades

comprendidas entre 25 y 34 años mostró un incremento del 30% entre 1983 y 1995 y se está convirtiendo en el grupo con la tasa más alta, mientras que los varones de edades comprendidas entre 15 y 24 años demostró un incremento del 55% durante el mismo periodo.

Las tasas de suicidio femenino mostraron una disminución global similar, entre el 45 y el 60%, durante los años 1983 y 1995 en el grupo de edades comprendidas entre 45 y 84 años de edad. Las mujeres más mayores, sin embargo, mantenían las tasas más altas a lo largo de la vida. La ratio de muertes por suicidio en personas mayores hombres/mujeres permanece alrededor de 3:1.

Las diferencias transculturales influyen claramente en las tasas de suicidios. Por ejemplo, en el Reino Unido, las tasas en las personas mayores emigrantes de primera generación para el subcontinente indio son bajas comparadas con la población nativa (Raleigh et al., 1990). Los análisis nacionales pueden también oscurecer las variaciones locales, como se demostró en un estudio de un área del interior de una ciudad donde las tasas entre los jóvenes varones de raza blanca exceden a los mayores de edad (Neeleman et al., 1997). En los Estados Unidos, los mayores porcentajes de suicidio ocurren entre los varones de raza blanca de mayor edad, entre los varones de raza negra los porcentajes de suicidios son mayores en los grupos más jóvenes.

A) Datos referentes al suicidio en personas mayores (Estados Unidos)

- La población anciana supone el 12,5% de la población y suma casi el 15,7% de todos los suicidios.

- La tasa de suicidios de las personas mayores fue en 2007 del 14,3 por 100,000.

- Hubo un suicidio de una persona mayor cada 97 minutos. Hubo aproximadamente 14,9 suicidios diarios de personas mayores, resultando 5,421 suicidios entre los mayores de 65 años.

- Los varones de raza blanca mayores estaban en mayor riesgo con una tasa aproximada de 31,1 suicidios por 100.000 cada año.

- Los varones de raza blanca de más de 85 años, los llamados ancianos-ancianos, estaban en la situación de riesgo mayor de todos los grupos de edad, género y raza. En 2007, la tasa de suicidios para estos hombres era del 45,42 por 100.000, que era 2,5 veces la tasa actual para hombres de todas las edades (18,3 por 100.000).

- El 84,4% de los suicidios en las personas mayores eran varones; la tasa de suicidios de varones en la última etapa de la vida era 7,3 veces mayor que la de las mujeres suicidas.

La tasa de suicidio para las personas mayores alcanzó un pico en 1987 de 21,8 por 100.000. Desde 1987, la tasa de suicidios en personas mayores ha declinado un 28% (bajando hasta el 14,3 en 2007). Éste es el mayor declinar en las tasas de suicidio entre personas mayores desde los años treinta del siglo pasado.

- La tasa de suicidios para mujeres declina típicamente después de los 60 años de edad (tras un pico en la mitad de la edad adulta, entre los 45-49 años de edad).

- Los intentos de suicidio de los adultos mayores tienen una tasa de consumación mucho mayor que la de los que se producen en otros grupos de edad. Para todos los grupos de edad combinados, se estima 1 suicidio por cada 25 intentos. Entre los jóvenes (15-24 años) se estima un suicidio por cada 100-200 intentos. Sobre los 65 años de edad, se estima un suicidio por cada 4 intentos de suicidio.

B) Datos en la población española

Se revisan los datos del Instituto Nacional de Estadística para los años 2005 y siguientes y encontramos que se produce un aumento del número de casos desde los 65 hasta los 84 años, para ir decreciendo de forma significativa y progresiva hasta los 95 años. No obstante, hay que considerar que son cifras globales y no en casos por cien mil, lo que nos daría una visión más aproximada a la realidad del problema.

Cuadro 8.1. Datos suicidio personas mayores en España por años y género (total, varones y mujeres)

	De 65 a 69	*De 70 a 74*	*De 75 a 79*	*De 80 a 84*	*De 85 a 89*	*De 90 a 94*	*De 95 años y +*
2005	216	292	268	226	115	57	8
	156	205	209	165	85	43	6
	60	87	59	61	30	14	2
2006	181	262	240	232	113	40	10
	139	195	187	180	83	32	9
	42	67	53	52	30	8	1
2007	184	239	251	238	148	37	8
	145	170	200	179	122	28	7
	39	69	51	59	26	9	1
2008	226	231	255	215	120	39	9
	167	172	191	170	84	31	8
	59	59	64	45	36	8	1
2009	209	226	281	201	138	40	6
	147	179	221	147	111	34	4
	62	47	60	54	27	6	2
2010	199	187	229	187	136	47	9
	147	141	177	158	109	38	6
	52	46	52	29	27	9	3

Fuente: INE.

8.3. Signos de advertencia de ideación suicida

•Las armas de fuego son los medios más frecuentes (71,9% de los casos) que usan las personas mayores para llevar a cabo el suicidio. Los hombres utilizan las armas de fuego con una frecuencia mucho mayor que las mujeres.

•El abuso de alcohol y otras sustancias juega un papel menos importante en los suicidios en la última etapa de la vida comparados con los suicidios en edades más juveniles.

•Una de las causas que conducen al suicidio en la población mayor es la depresión, con frecuencia sin diagnosticar o sin tratar.

•El acto de consumar el suicidio viene raramente precedido por un solo motivo o razón. En las personas mayores estos factores de riesgo incluyen:

-La muerte reciente de un ser querido.

-Enfermedad física, dolor incontrolable o el miedo a una larga enfermedad.

-Mala salud percibida.

-Aislamiento social y soledad.

-Cambios importantes en los roles sociales (p. ej., la jubilación).

8.4. Método de suicidio

El método de suicidio empleado varía con el tiempo, con la edad, el género y con factores socioculturales. Hay un principio general: las personas mayores varones adoptan métodos más violentos que las mujeres, lo que puede explicar parcialmente la diferencia de géneros en porcentajes. En Inglaterra y Gales, el ahorcamiento permanece siendo hoy en día el método más utilizado por los hombres, mientras que el autoenvenenamiento se emplea con mayor frecuencia por las mujeres. En Estados Unidos, las armas de fuego se utilizan en más del 60% de todos los suicidios consumados, siendo los varones mayores de raza blanca los que emplean este método más frecuentemente.

Los pocos estudios comprensivos realizados sobre el suicidio en la vejez se sirven de la autopsia psicológica, que además de establecer un detallado perfil del estado mental, las circunstancias personales y las preocupaciones de la persona antes del suicidio a través de entrevistas estructuradas con los familiares supervivientes, amigos, etc., necesitan ser complementados por la información adicional de los servicios de atención primaria y salud mental si son importantes (Barraclough et al., 1974; Conwell et al., 1991, 1996; Rich et al., 1986; Henriksson et al., 1995).

S.S.Suicidio y enfermedad psiquiátrica

Los estudios comprensivos son consistentes en mostrar niveles muy altos de trastornos psiquiátricos - alrededor del 90% - en los suicidas de todas las edades, y la vejez no es la excepción. Entre las personas mayores, sin embargo, la enfermedad depresiva es el factor de predicción de suicidio más importante y necesita ser tomado en consideración. Los estudios más comprensivos en el suicidio de las personas mayores empleando el método de la autopsia psicológica, la prevalencia del trastorno depresivo mayor y otros trastornos del estado de ánimo oscilan entre el 60 y el 90%.

El clásico estudio de Barraclough (1971) demostró una prevalencia de trastornos afectivos del 87% en su muestra de 30 mayores de 65 años de edad, y este hallazgo ha proporcionado un amplio apoyo a la primacía de la enfermedad depresiva en la investigación posterior. Conwell et al. (1996), examinando la relación de la edad y los diagnósticos del eje 1 en una muestra de 141 suicidios consumados con edades comprendidas entre los 21 y 92 años de edad, encontraron que el 71 y el 64% de las cohortes de 75 a 92 y de 55 a 74 años de edad, respectivamente, exhibían trastornos del

estado de ánimo, comparados con el 30% del grupo de 21 a 34 años de edad. El trastorno depresivo mayor se diagnosticó en el 60% de los suicidios de las personas más mayores con otros trastornos del humor que representan entre el 10 y el 20% de la muestra de este estudio. La muestra de personas mayores constituyó el grupo más homogéneo en el que las psicosis no afectivas eran raras, los trastornos adictivos menos comunes y la depresión de aparición tardía la regla. El perfil de síntomas de los suicidas mayores con depresión son raramente descritos, pero es probable que sean importantes en la determinación de presentación de riesgo específico.

El ya citado estudio de Barraclough (1971) informó de quejas de insomnio (90%), pérdida de peso (75%), sentimientos de culpa (50%) e hipocondriasis (50%). Las personas mayores con depresión son menos propensas a quejarse de despersonalización, pérdida de libido y sentimientos suicidas comparados con los más jóvenes, y esto indica la importancia de indagar en los sujetos más jóvenes, y se debe prestar atención particular a las actitudes y valores personales, especialmente en el afrontamiento de las pérdidas.

En algunos estudios se ha examinado la prevalencia de pensamientos suicidas en la población mayor. Skoog et al. (1996) examinaron la prevalencia de sentimientos suicidas en una población de personas de 85 años mentalmente sanos y encontraron que ninguno había considerado seriamente el suicidio y sólo el 4% sintió que la vida no merecía la pena vivirse o deseó estar muerto. La presencia de trastorno mental, sin embargo, correlacionó de forma estrecha con sentimientos suicidas, especialmente con trastorno depresivo mayor, con cerca del 30% expresando pensamientos pesimistas y deseos de muerte.

Forsell et al. (1997), en un estudio de 1.000 sujetos con más de 75 años de edad, encontraron que el 50% de aquellos que tenían pensamientos suicidas frecuentes exhibían rasgos de trastorno depresivo mayor. La conclusión de ambos estudios fue similar, notablemente que los pensamientos suicidas están muy asociados con la presencia del trastorno depresivo y que una cuidadosa evaluación psicológica que se centre particularmente en la posibilidad de depresión es esencial antes de cualquier base racional para que se consideren los pensamientos suicidas. El trastorno primario de uso de sustancias sólo se contempla en una proporción más pequeña de suicidios que en grupos de edad más jóvenes, con prevalencia estimada de entre un 5 y un 40%. Similarmente, las psicosis no afectivas se informan raramente comparadas con los suicidios en grupos de edad más jóvenes.

El uso de medicinas de potencial abuso que contribuyen al suicidio en las personas

mayores no debería, sin embargo, ser subestimado. Por ejemplo, en un estudio en Honolulu que analiza 96 suicidios en personas mayores a través del screeningde las indagaciones en los informes del forense (Purcell et al., 1999), de aquellos en los que se hizo un screening toxicológico en el momento de la muerte, un 54% reveló el uso del alcohol o mal uso de sustancias potencialmente adictivas en el estudio post mórtem. Aunque la demencia bien establecida sea probablemente un factor de protección contra el suicidio, la significación de una enfermedad demencial precoz es un asunto de especulación que recibe escasa atención. Para algunos individuos, el miedo a la dependencia y el concepto de acabar los últimos días de la vida en una residencia, asociado a los déficits cognitivos, pudieran sugerir la presencia de ideación suicida.

La importancia de evaluar la profundidad de la desesperanza es igualmente relevante en las personas mayores. El papel de la personalidad en el suicidio de las personas mayores tiene también poca base literaria. Utilizando el NEO PIR, Duberstein (1995) informó de menor apertura a la experiencia en los suicidas mayores comparados con los suicidas más jóvenes y con controles normales. Las bajas puntuaciones en apertura a la experiencia podría resumirse como una propensión cognitiva a percibir los problemas de una forma dicotómica, en términos de blanco o negro, un autoconcepto rígido y un re pertorio conductual disminuido, reduciendo de este modo la capacidad de adaptarse a las pérdidas y a los cambios.

Los intentos de suicidio deberían tomarse siempre muy seriamente en las personas mayores y la mayoría representan un intento fallido de acabar con sus vidas. Esto se asocia con altos porcentajes de depresión (superiores al 90%), con trastorno depresivo mayor para más del 50% y siendo la enfermedad física un contribuyente importante en alrededor del 60-70% de los casos (Draper, 1996). Los intentos en las personas mayores son una fuente de predicción mucho más poderosa de posteriores suicidios consumados comparados con los intentos en población más joven, con una ratio de intentos/suicidios consumados estimada de 4:1 versus entre 8 y 200:1 en personas jóvenes con intentos suicidas. El perfil de la persona mayor que intenta suicidarse (más que en otros grupos etarios) se asemeja al de los que consuman, y las puntuaciones de intención suicida se informa que están en su nivel más alto (Merrill y Owens, 1990).

8.6. Suicidio y enfermedad física

La asociación de quejas de enfermedad física como antecedente principal en el estudio del suicidio en personas mayores se ha resaltado desde hace tiempo y distingue los suicidios de las personas mayores de los jóvenes, en los que la prevalencia de enfermedad física es sustancialmente menos prevalente.

Varios estudios han informado que la enfermedad física contribuye de forma directa al suicidio en alrededor del 60-70% de los casos de los suicidios en las personas mayores, con evidencia de altos porcentajes de enfermedad física entre los suicidas varones mayores comparados con las mujeres. Heikkinnen y Lonngvist (1995) destacan la importancia de las enfermedades físicas como un acontecimiento vital en los tres meses previos a la muerte de los hombres mayores. Los varones mayores muestran un exceso de enfermedad somática grave comparados con las mujeres mayores (55 versus 31%), sugiriendo que hay diferencias de género en la forma de afrontar esos estresores.

En otros estudios, la relevancia de la enfermedad como factor de riesgo se refleja en hallazgos asociados. Catell y Jolley (1995), por ejemplo, informaron que en los 12 meses previos al suicidio, el 23% de una serie de 100 suicidios consecutivos de personas mayores habían sido hospitalizados para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades físicas.

Elwood y De Silva (1998), en un estudio de 67 sujetos que han contactado con los servicios del hospital general pero que eran desconocidos en los servicios de psiquiatría, encontraron que las personas mayores estaban sobrerrepresentadas. De los 9 suicidios consumados que habían recibido cuidados hospitalarios en el mes anterior a la muerte, ocho eran mayores de 65 años. Algunos trastornos sistémicos y específicos del sistema nervioso central se han relacionado con el aumento del riesgo suicida. Incluyen la epilepsia, la esclerosis múltiple, la corea de Huntington, el daño cerebral, la úlcera péptica y la artritis reumatoide.

La asociación del suicidio con el cáncer es inconsistente, hay estudios que apoyan esta asociación mientras que otros rechazan el riesgo, especialmente en pacientes hospitalizados.

Duckworth y McBride (1996), en un estudio canadiense de 543 suicidios en personas mayores, utilizando los datos de las investigaciones forenses, informaron que aquellos que tenían enfermedad médica eran significativamente menos probable que recibieran derivación psiquiátrica que aquellos que no tenían enfermedad médica, y las discrepancias en los patrones de remisión eran incluso mayores para aquellos pacientes que tenían cáncer. En este estudio, los pacientes con enfermedad terminal, que en la muestra eran casi el 9% del total, tenían la menor probabilidad de todos de ser remitidos para evaluación psiquiátrica.

El informe subjetivo de los síntomas de dolor previos al suicidio parece bastante coherente y digno de atención. Por ejemplo, en el estudio de Honolulu (Purcell et al., 1999), sobre el análisis retrospectivo de 96 suicidios en personas mayores, el 42%

informó de quejas de dolor, con cerca del 20% indicando que era su mayor preocupación antes de la muerte.

La lección aprendida es que la presencia de enfermedad física no detrae de una evaluación de estado mental con especial interés por la coexistencia de un trastorno depresivo y sentimientos suicidas asociados. Los síntomas hipocondriacos y somáticos pueden enmascarar la depresión subyacente, y hay alguna evidencia de que este perfil sintomático puede particularmente predisponer al suicidio.

Esta forma de presentación de la depresión puede tener particular importancia en los hombres mayores, que pueden tener menos probabilidad de verbalizar el humor depresivo o admitir pensamientos suicidas. La ideación suicida y los pensamientos pesimistas no son raros entre las enfermedades médicas agudas y en los pacientes geriátricos ingresados en cuidados constantes, necesitando la formación del personal de estos servicios en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos subyacentes (Shah et al., 1998). Estos hallazgos generales sobre suicidios consumados tienen su paralelo en los hallazgos en estudios de gente mayor que hace intentos autolíticos.

Hepple y Quinton (1997), por ejemplo, encontraron que el 53% de una serie de 100 personas que habían intentado suicidarse padecían de una enfermedad física importante en la evaluación posterior al intento autolítico. Los datos del seguimiento revelaron una mortalidad por causas naturales del 8,6% anual, representando un incremento del 1,6 a 1 comparado con la población pareada en edad y género. En este estudio, después de una media de tres años y medio, el 42% de los sujetos de la muestra original habían fallecido.

8.7. Factores sociales

El papel del aislamiento social como un factor de riesgo para el suicidio en las personas mayores se ha puesto de manifiesto en estudios anteriores. Barraclough (1971), por ejem plo, cita el vivir solo como la variable social más importante. Estudios posteriores han encontrado que la asociación era menos significativa y varios no han encontrado diferencias entre vivir solo y un número de contactos sociales comparados con los suicidas más jóvenes (Carney et al., 1994; Heikkinen y Lonngvist, 1995).

La conclusión general es, sin embargo, que el aislamiento social y la soledad son importantes contribuyentes. Los antecedentes, en términos de acontecimientos vitales precipitantes, parecen ser diferentes en la población anciana comparados con los grupos más jóvenes y de media edad. Estos últimos se asocian más íntimamente con problemas interpersonales y de relación, económicos, legales y dificultades laborales, y menos con enfermedades físicas y otras pérdidas.

El papel del duelo parece tener una influencia significativa, con estudios de intentos suicidas y suicidios consumados citando su relevancia. Los ancianos varones parecen especialmente vulnerables - un estudio informa de un riesgo relativo para los hombres viudos, siendo tres veces mayor que en los ancianos varones casados, mientras que las mujeres ancianas viudas y casadas muestran un riesgo similar (Guohua, 1995)-. El primer año de viudez parece ser un periodo vulnerable. Con respecto al estado marital, los viudos, solteros o divorciados parecen tener mayor riesgo mientras que el matrimonio parece ser un factor de protección. La gran mayoría de los suicidios ocurre en un ambiente comunitario, normalmente en el hogar. El relativamente pequeño número de suicidios en pacientes ingresados no parece mostrar el aumento esperable en porcentaje con la edad (Shah y De, 1998).

8.8. Suicidio e institucionalización

A comienzos de los años noventa del pasado siglo, y ante los cambios socioeconómicos planteados en la sociedad española (mayor riqueza, incremento de la expectativa de vida con el consiguiente envejecimiento poblacional), comenzaron a surgir las llamadas "residencias de mayores", planteando un nuevo concepto y unos nuevos retos ante la necesidad de institucionalizar a determinadas personas mayores, desterrando el viejo concepto de asilo. La gran mayoría de residentes eran mujeres por un pequeño porcentaje de hombres, siendo dos los motivos fundamentales de ingreso: porque se encontraban solos en el domicilio familiar debido a la dispersión y el trabajo de los hijos que no podían atenderlos (clasificados como válidos) o porque ya necesitaban supervisión para las actividades básicas de la vida diaria (clasificados como asistidos). Aunque en muchos casos se presenta un cuadro adaptativo al inicio, reacción adaptativa lógica si tenemos en cuenta que son personas que han estado haciendo una vida independiente durante 70 u 80 años y más y repentinamente tienen que acomodarse a unos horarios, a personas desconocidas, incluso llegando a compartir la habitación con alguna de ellas. En esta situación el mantenimiento de los lazos familiares es de vital importancia y se mantiene fundamentalmente de tres formas diferentes: el contacto telefónico, las visitas de los familiares a la residencia y las salidas de los residentes a los domicilios familiares. La falta de apoyos familiares incide de forma negativa en los sentimientos de soledad y abandono potenciando la sintomatología depresiva, sin embargo, y desde la amplia experiencia de los autores de este manual y con una amplia muestra de más de 300 casos asistidos desde el año 1993 al año 2004, no se produjo ninguna muerte por suicidio en personas mayores institucionalizadas, presumiblemente debido a la evaluación y los cuidados continuados por parte de todo el personal del centro.

Ron (2002) advierte que el riesgo de suicidio en personas institucionalizadas es mayor en las primeras semanas de ingreso y se debe prestar especial atención al estado mental y emocional de los residentes.

8.9. Intervención en situaciones de riesgo suicida con personas mayores

La depresión mayor está presente en aproximadamente el 1-2% de las personas mayores de 65 años (Fiske y Jones, 2005). La salud deficitaria, el duelo por la muerte de los seres queridos y amigos, el estrés del cuidador ocasionado por tener que cuidar una persona mayor a otra persona mayor, la falta de apoyo social, son factores que se producen con frecuencia en esta franja de edad y que se asocian con depresión y no solamente con depresión sino también con el riesgo de suicidio.

Los médicos de atención primaria deben estar especialmente atentos al riesgo de suicidio en las personas mayores. Como se ha comentado anteriormente, la evidencia sugiere que más de la mitad de las personas mayores que se suicidan han visitado al médico en el mes anterior a su muerte. Lógicamente la adecuada detección y el tratamiento de los trastornos depresivos por parte de estos profesionales redundaría en la disminución de las tasas de suicidio, siendo necesario que estos profesionales tengan las competencias necesarias para afrontar este tipo de situaciones. En el cuadro 8.2 se recogen algunas propuestas de intervención en función del nivel preventivo primario, secundario o terciario.

Entre los sistemas comunitarios de prevención del suicidio, resulta curioso destacar un sistema de redes sociales implantado en el estado de Nebraska (Estados Unidos) y que se denomina "portero" (gatekeeper). En este sistema de intervención, distintos trabajadores que conocen y recorren el barrio: el cartero, el lechero o el repartidor de prensa por citar algunos ejemplos, son reclutados y formados para reconocer los potenciales problemas que pueden tener las personas mayores que se pueden encontrar en su trabajo diario, contactar con ellos y si es necesario solicitar que sean derivados. Este sistema es muy beneficioso para aquellas personas que viven solas y aisladas.

En la gran mayoría de los países de nuestro entorno se han puesto en marcha servicios de teleasistencia que además de otros servicios pueden prestar apoyo emocional. Se han encontrado muchas evidencias anecdóticas de que las mujeres utilizan la teleasistencia de forma diferente a los hombres. Los varones tienden a utilizar el teléfono de modo instrumental, como un instrumento de resolución directa de problemas. Por otro lado, las mujeres tienen una mayor probabilidad de utilizar el teléfono como un instrumento de apoyo social, comprometiéndose en discusión emocional y social (Beeston, 2006).

Cuadro 8.2. Prevención primaria, secundaria y terciaria del suicidio en las personas mayores. Adaptado de Beeston (2006)

Prevención primaria	*Prevención secundaria*	*Prevención terciaria*
• Promoción de la prosperidad económica. • Promoción de la salud personal. • Planificación de la jubilación. • Promoción de la participación social. • Construir redes de apoyo. • Reducir el acceso a medios letales.	• Detección de la ideación suicida. • Teléfonos de ayuda para las personas mayores. • Programas de apoyo comunitario. • Acceso a los Servicios de Salud Mental. • Programas educativos (que también incluyan a profesionales, familiares). • Tratamiento de la depresión. • Tratamiento de las consecuencias físicas y psicológicas de las enfermedades físicas –incluyendo el control del dolor.	• Sistemas de intervención en crisis. • Programas educativos (incluyendo a profesionales, pacientes y cuidadores). • Terapias individuales y grupales (basadas en la evidencia, especialmente la Terapia Cognitivo Conductual). • Grupos de auto-ayuda. • Grupos de resocialización.

Resumen e ideas claves

La llamada tercera edad supone un amplio grupo poblacional en el que por el efecto sumativo de las distintas circunstancias (jubilación, duelo, enfermedades crónicas, soledad, etc.), muchas de estas personas se encuentran en una situación de un evidente malestar emocional con una situación vital en muchas ocasiones difícilmente tolerable. Por fortuna la gran mayoría suele poner en marcha mecanismos adaptativos y movilizar sus vidas, pero para unos pocos la desesperanza hace mella y no encuentran solución posible y la única vía de escape es ir en búsqueda de la muerte a través del suicidio.

Las personas mayores cuando quieren suicidarse suelen utilizar métodos más letales que los jóvenes con lo que suelen lograr su objetivo con una frecuencia mayor.

Puesto que la enfermedad depresiva está presente en un gran porcentaje de las personas que deciden acabar voluntariamente con su vida en este grupo etario, es conveniente la formación adecuada de los médicos de atención primaria en su detección y tratamiento.

Preguntas de autoevaluación

1. La ideación suicida no es el único indicio de que una persona mayor contempla el

suicidio, Osgood y Thielman (1990) identifican cuatro tipos diferentes de signos de alarma (señale la opción INCORRECTA):

a)Verbales.

b)Conductuales.

c)Somáticos.

d)Sindrómicos.

e)Situacionales.

2.El principal indicio conductual de riesgo suicida en población mayor es:

a)Guardar armas de fuego con su munición.

b)Intentos autolíticos previos.

c)Hacer testamento.

d)Conversaciones sobre el suicidio.

e)Hacer los preparativos de su funeral.

3.En los estudios sobre el suicidio de las personas mayores y empleando el método de la autopsia psicológica la prevalencia del trastorno depresivo mayor y otros trastornos del estado de ánimo oscilan entre:

a)Inferior al 10%.

b)10y30%.

c)30 y 50%.

d)60 y 90%.

e)80 y 90%.

4.¿Cuáles son los medios más frecuentes que utilizan las personas mayores para llevar a cabo el suicidio?

a)Ingesta de fármacos.

b)Ahorcamiento.

c)Armas de fuego.

d)Precipitación.'

e)Venolisis (cortarse las venas).

5.Para Barraclough (1971), la variable social más importante implicada en la conducta suicida en las personas mayores es:

a)El número de contactos sociales.

b)El vivir solo.

c)El duelo por la muerte de la pareja.

d)La institucionalización.

e)La pérdida del rol social previo.

Claves de respuesta

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
3.- Pregunta:	☑	☐	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
4.- Pregunta:	☑	☐	☐	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☑

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	✔	☐	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	✔	☐	☐
3.- Pregunta:	✔	☐	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	✔	☐	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	✔	☐	☐	☐

Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	✔	☐	☐
2.- Pregunta:	✔	☐	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	✔	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	✔	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	✔

Capítulo 5

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
2.- Pregunta:	☑	☐	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐

Capítulo 6

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☑
4.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☑
5.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐

Capítulo 7

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☑	☐	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☐	☑	☐
5.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐

Capítulo 8

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☐	☑	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☑	☐	☐
5.- Pregunta:	☐	☑	☐	☐	☐

Glosario de términos técnicos sobre conducta suicida

Acto instrumental relacionado con el suicidio: se refiere a una conducta potencialmente autolesiva de la que hay evidencia de que la persona no tiene la intención de morir y que deseaba usar la apariencia de desear quitarse la vida para obtener alguna finalidad (p. ej., buscar ayuda, castigar a los demás o recibir atención). Conducta instrumental del suicidio.

Agresión impulsiva: tendencia a responder a la provocación o a la frustración con hostilidad o agresividad (David Brent lo emplea para tratar de explicar la conducta suicida en adolescentes). Aumenta la probabilidad de que una persona lleve a cabo los pensamientos suicidas porque tienen dificultades para evaluar los riesgos y generar alternativas apropiadas cuando se enfrentan a los problemas

Ambivalencia en la decisión suicida: se refiere a las manifestaciones que tiene la persona que se quiere suicidar en relación a vivir (luchar por resolver sus problemas) y no vivir (quitar el sufrimiento y matarse) al mismo tiempo. Se refieren, sobre todo, a la segunda fase de evolución de la conducta suicida, cuando todavía la decisión de morir no es firme todavía.

Amenaza suicida: punto intermedio entre la ideación y la tentativa suicida, en que la persona da indicios claros (verbales y/o no verbales) de que va a intentar suicidarse, puede ser como chantaje a las personas queridas o como manifestación clara de su sufrimiento vital a las personas de su entorno.

Autolesión: actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia implícita o explícita de que la persona no tiene intención de matarse, puede no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinfligida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida.

Autopsia psicológica: reconstrucción del estado mental del presunto suicida en los momentos o días/semanas previos al suicidio para determinar si la muerte se produjo por voluntad propia o no. Se realiza mediante recogida de información con entrevistas a los allegados, revisión de objetos personales o escritos de la persona que presuntamente falleció por suicidio. Es una acción muy frecuente entre las compañías aseguradoras para determinar si la muerte fue accidental o no.

Carta suicida: extensión de la nota suicida a la expresión pormenorizada de sentimientos y pensamientos de la persona suicida hacia sus allegados o a personas que puedan encontrar el cuerpo o hacer las diligencias correspondientes. Aunque se llame carta, en ocasiones se ha hecho mediante correo electrónico.

Cibersuicidio: influencia de la información sobre el suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios entre quienes navegan por este medio de comunicación.

Comunicación suicida: acto dirigido hacia otras personas en que el sujeto transmite pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. No implica por sí mismo la existencia de un plan elaborado. Para algunos autores existen dos tipos de comunicación suicida: amenaza suicida y plan elaborado.

Conducta parasuicida: cuando la persona se provoca lesiones, muchas veces con la intención sólo de hacerse daño y no ir más allá (no intención clara de muerte). En muchos casos se considera una llamada de atención con intención manipulativa.

Conducta suicida: conducta lesiva y autoinfligida en la que hay evidencia de que, por un lado, la persona desea usar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, y por otro lado, la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida.

Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida, que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).

Contrato de no suicidio: técnica psicoterapéutica empleada por psicólogos o psiquiatras con pacientes que han tenido un intento autolítico, en el que se les plantean varias cuestiones, entre ellas, contactar con el profesional de la salud mental cuando tenga ideación suicida y/o antes de cometer suicidio, comprometerse a no suicidarse en un tiempo determinado. Sólo debe plantearse cuando exista buen rapport terapéutico entre el paciente y el terapeuta.

Cooperación al suicidio: ayudar, en mayor o menor medida (de manera física, material o psíquica), a que una persona se suicide llevando a cabo actos necesarios, sin los cuales esa persona no podría cometer suicidio. Está penado por la ley entre 2 y 10 años en función del tipo de colaboración y del resultado (consumación o no del suicidio).

Desesperanza: esquema cognitivo que tienen algunas personas con afectación importante

del estado de ánimo, que se caracteriza por tener expectativas negativas acerca del futuro inmediato o remoto. Se puede medir con la Escala de Desesperanza de Beck.

Duelo: es la reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido, es una experiencia cultural universal, subjetiva, que va a requerir una elaboración posterior, cuya duración va a depender de la persona.

Efecto Werther: imitación de la conducta suicida tras un primer suicidio consumado con repercusión mediática. Proviene de la novela de Goethe Las desventuras del joven Werther, quien se suicida después de ser rechazado por la persona amada (Phillips, 1974). En el siglo xviii tuvo mucha repercusión e incrementó el número de suicidios entre jóvenes con desengaños amorosos. Es el efecto de contagio o sugestión del suicidio.

Efecto Yukiko: equivalente en Japón al efecto Werther, cuyo nombre proviene de una cantante de rock japonés que se suicidó y tras su muerte muchos jóvenes japoneses imitaron su conducta y también murieron por suicidio, después de que la noticia se difundiera de manera sensacionalista en ese país.

Eutanasia: provocar la muerte de una persona de manera intencional y consciente por medios ajenos al sujeto o acortar la vida del mismo por mecanismos directos o indirectos. Está castigado por ley.

Fenómeno iceberg de la conducta suicida: se refiere a la realidad de que por cada suicidio consumado pueden existir de 5 a 10 tentativas fracasadas.

Gesto suicida: acción o comunicación de una persona en relación a una conducta suicida, con una intención o finalidad para su entorno; puede tener consecuencias muy diversas.

Ideación suicida: pensamientos de servir como agente de la propia muerte. La ideación suicida puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes suicidas y del grado del intento suicida.

Inducción al suicidio: incitar a una persona a suicidarse cuando antes no tenía intención de hacerlo. Está penado por la ley para el incitador de 4 a 8 años aunque la persona incitada no consume el suicidio.

Intento suicida: conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Expectación

subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte. Tentativa suicida. Intento autolítico.

Intento de suicidio abortado: conducta potencialmente autolesiva con evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir pero se detuvo el intento antes de que ocurriera el daño físico.

Internamiento involuntario: se aplica cuando por orden de un juez se obliga a una persona al ingreso hospitalario para evitar daños a sí misma o a terceras personas. Se aplica el artículo 763 de la Ley Enjuiciamiento Civil (LEC). Si lo hace un médico de manera urgente, debe dar aviso al juzgado en las 24 horas siguientes al internamiento en el centro hospitalario. Ingreso involuntario.

Letalidad de la conducta suicida: peligro vital objetivo asociado con un método o acción suicida. Observe que la letalidad es distinta de y puede no siempre coincidir con la expectativa del individuo de lo que es médicamente peligroso.

Mecanismo doble en el suicidio: ocurre cuando la persona plantea más de un medio para suicidarse, de manera sucesiva o simultánea, por ejemplo sobredosis de pastillas y ahorcamiento; o coger al coche a gran velocidad para chocarse con un árbol y caerse por un precipicio a gran altura. Implican seriedad del intento y deseo importante de morir.

Nota suicida: cuando la extensión de la misma es considerable se habla más de carta suicida.

Pacto suicida: acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos, al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Cuando se realiza a través de Internet algunas de las características anteriores no se dan, como que sea en el mismo lugar.

Penacidio: matar la pena o matar el sufrimiento, se ha sugerido como término alternativo al de suicidio por parte de algunos autores.

Planes suicidas: se refiere a la organización por parte del sujeto en pensamiento o en actos sobre la manera concreta (el método) en que desea acabar con su vida.

Postvención: función terapéutica en los familiares del suicida, sobrevivientes, tras la muerte del suicida, cuando se empieza a trabajar sobre lo sucedido y se aclaran ciertos aspectos, que les hacen sentirse liberados de la culpa en relación a lo sucedido.

Psicalgia: dolor psicológico (Shneidman), sufrimiento importante a nivel vital que afecta a la persona como un todo, y que puede conducir a que la persona se plantee el suicidio.

Resiliencia: capacidad de aquellas personas que, sometidas a agresiones con resultado de daño (para muchos irreparable), son capaces de sobrevivir o incluso de poner en marcha estrategias nuevas ante las adversidades. Es un factor protector ante la conducta suicida en el presunto suicida y en los familiares a la hora de elaborar la situación de duelo. Crecimiento postraumático.

Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia (explícita o implícita) de que la persona tiene intención de autoprovocarse la muerte.

Suicidio asistido: se produce ante una enfermedad grave en la que el paciente solicita ayuda a otras personas para suicidarse. Como en ocasiones las consecuencias de la enfermedad impiden cometer el suicidio, la persona pide ayuda a otros para que le faciliten los medios necesarios (generalmente medicación con efectos letales). En España está castigado por el CP de 1995. Está despenalizado en algunos países. Hay asociaciones que abogan por su legalización y facilitan algunos trámites.

> En algunos foros se habla de suicidio médicamente asistido porque se entiende que siempre hay colaboración por parte de un médico, o al menos personal sanitario, para contribuir a que la persona se suicide en estas condiciones.

Suicidio colectivo: tiene lugar cuando varias personas se ponen de acuerdo en suicidarse al mismo tiempo o cuando una persona incita a otras a suicidarse en la misma fecha. Se ha asociado a pertenencia a sectas dirigidas por un líder y también se han encontrado casos entre adolescentes suicidas.

Suicidio consumado: intento de suicidio con resultado de muerte. Es decir, el suicida ha conseguido quitarse la vida como deseaba hacer.

Suidicio en aniversario: tendencia de algunos suicidas a proponer como fecha de suicidio una fecha con significado especial para la persona o elegir la misma fecha que otra persona que se suicidó y con la que mantenía una relación personal o familiar. Indica planificación del suicidio.

Suicidio enmascarado: cuando la conducta suicida tiene la apariencia de otro tipo de conducta no suicida, pero realmente es un suicidio. Por ejemplo: accidente de tráfico en que la víctima se estrelló voluntariamente, explosión de gas en un edificio que se

descubre provocada por persona que quería morir... o incluso persona que aparece muerte y se considera un homicidio por los primeros indicios, pero luego se descubre que es un suicidio. Puede haber intereses en relación a cobrar un seguro de vida si se demuestra que no fue suicidio.

Suicidio frustrado: se produce cuando la tentativa de suicidio no es efectiva, la persona es rescatada ilesa o con secuelas o daños físicos que requieren atención médica y/o psicológica.

Superviviente: el que sobrevive después del intento de muerte de uno mismo o de la muerte de otro, puede ser por suicidio o por otras causas (naturales o no). Se refiere especialmente a los familiares o allegados de un suicida que siguen viviendo con las emociones asociadas a la pérdida de la persona que muere por suicidio. Sobreviviente.

Tentativa suicida (véase intento de suicidio).

Tentativa suicida manipuladora: cuando el intento contó con medios insuficientes (vitaminas en lugar de psicofármacos, cortes superficiales, psicofármacos a dosis bajas) o suficientes, pero la preparación permite ser encontrado a tiempo o que los demás se den cuenta de lo que está haciendo.

Triaje psicológico: estrategia de clasificación siguiendo criterios psicológicos en pacientes que muestran afectación a nivel psicológico, con el objetivo de establecer prioridades de actuación en función de la necesidad de cada persona; las personas que muestren indicios claros de conducta suicida son clasificadas y atendidas en los primeros momentos debido a que la no atención inmediata puede suponer evolución indeseable de la conducta suicida hacia la consumación sin haber recibido ayuda especializada.

Vulnerabilidad psicológica: característica de la persona que le hace encontrarse en una situación en la que puede hallarse más débil o con menos recursos para afrontar las dificultades vitales, o que realiza interpretaciones de algunos aspectos de su realidad que hacen incrementar el sufrimiento vital.

Voluntades anticipadas: se trata de un documento en el que la persona deja por escrito antes de morir sus deseos en relación a qué manejo médico quiere que se le dé cuando no pueda decidir por sí misma, puede nombrar hasta 3 representantes. Todo lo que se plasme por escrito debe ser legal, no se puede poner nada en relación a eutanasia o suicidio asistido. La persona puede solicitar la inscripción en el Registro de Voluntades Anticipadas para que los profesionales de la salud puedan consultar el documento correspondiente.

Se llama también instrucciones previas o testamento vitalo una mezcla de los términos anteriores (la terminología cambia en función de cada Comunidad Autónoma).

Bibliografía

AA W (1986). El hombre en crisis y relación de ayuda. Madrid: Asetes.

Acinas, M. P. (2004). El paciente suicida. En Acinas, M. P. (coord.), Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. Volumen 2: Actuación en situaciones de urgencias y emergencias. Jaén: Formación Alcalá.

Acinas, M. P. (2008). Manejo Psicológico de Conducta Ansiosa y Suicida en Afectados por un Accidente de Tráfico. Cuadernos de crisis. Núm. 7, vol. 2, pp. 20-35.

Acinas, M. P. y Muñoz, F. (2008). Gestión de emergencias por intento de suicidio. En E.Parada (Coord.), Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de Socorro y Emergencias. Bilbao: Desclee de Brower.

Agerbo, E.; Nordentoft, M. y Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric and socioeconomic riks factors for suicide in Young people: nested case-control study. BMJ,• july 13; 325 (7355): 74.

Ajdacic-Gross, V., G Weiss., Mitchell, Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F. y Wulf Rissler, W. (2008). Métodos de suicidio: comparación internacional a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Vol 86, Sep: 657736. www. who. int/entity/bulletin/es

Ajzen, 1. (1991). The theory of planned behaviour. Organizational Behaviour and Human Decision Processes, 50, 179-211.

Ajzen, 1. (2012). The theory of planned behavior. In P.A.M.Lange, A.W.Kruglanski y E. T. Higgins (Eds.), Handbook oftheories of social psychology (Vol. 1, pp. 438-459). Londres, UK: Sage.

Ajzen, 1. y Fishbein. M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behaviour. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Alda, J.A; Sibina, S. y Gago, A. (2006). Conducta suicida. En: Alda, J.A.Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente. Barcelona: Masson-Elsevier.

Alvira Martín, F. y Canteras, A. (1997). El suicidio juvenil. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

American Psychiatric Association (2003). Practice guidelines for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. American Journal of Psychiatry. <www. psych.org/ psych_pract/treatg/pg/pg_suicidalbehaviors. pdf>.

Arévalo-Mira, D. M. (2011). Aproximación multidisciplinar a la violencia autoinfligida. Revista de Psicología GEPU, 2 (2), 19 - 50. URL disponible en: http://www. fileden. com/files/2008/ 5/ 19/ 1920405/Aproximaci%C3 %B3n%20Multidisciplinar%20a%201a%2OViolencia%20Autoinfligida. pdf

Ayala. G.; Martí, J.B.; Pérez, M. T. y Rodes, F. (2005). El médico de cabecera y el suicidio. Psiquiatría yAtención Primaria, 6(1), 23-27

Ayuso-Mateos, J. L. et al. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).

Baca, E.: Díaz-Sastre, D.; Severino, A. y Saiz, J. (2000). Impulsividad, agresividad y conducta suicida. Aula Médica Psiquiátrica, 5, 259 - 289.

Bagley, C. y Ramsay, R. (1989). Attitudes toward suicide, religious values and suicidal behaviour: Evidence from a community survey. In R.F.W.Diekstra, R.Maris, S.Platt, A.Schmidtke, y G.Sonneck (Eds.), Suicide and its prevention. The role ofattitude and imitation (pp. 78-90). Leiden: E.J.Brill.

Beck, A.T.; Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. J Consult Clin Psychol; 47: 343-352

Beck, A.T.; Schuyler, D. y Herman, l_. (1974). Development of suicidal intent scales. En Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. The prediction of suicide. Bowie: CharlesPress.

Beeston, D. (2006). Older people and suicide. Centre for Ageing and Mental Health. Staffordshire University

Berman, A. L. y Jobes, D. A. (1991). Adolescent suicide: Assessment and intervention. Washington, DC: American Psychological Association

Bhatia, M.S.; Verma, S. K. y Murty, O. P. (2006). Suicide notes: psychological and clinical profile. IntlJ Psychiatry in Medicine. 36 (2): 163-170.

Bhugra Dinesh, Singh Jayshree, Fellow-Smith E. y Bayliss Carol (2002). Conductas autolíticas en los adolescentes: Estudio realizado a dos colectivos étnicos. Eur.

J.Psychiat. (Ed. esp.). [periódico en Internet]. 2002 Sep [citado 2007 Dic 09]; 16(3): 149-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S1579-699X2002000300003&ing= es&nrm=iso

Bisen, J. R. (1997). Enfermedad médica y suicidio. En Ros S, editor. La conducta suicida. Madrid: ELA.

Blazer, D.G.; Bachar, J. R. y Manton, K. G. (1986). Suicide in late life: Review and commentary. Journal oftheAmerican Geriatric Society, 34 (7). pp. 519-525.

Borges, S.A.; Vidal, L. E. y Rubalcaba, C. E. (2006). La conducta suicida ¿un problema médico legal? Psiquiatria.com, (10), 1. Documento en línea. URL disponible en: http://WWW.psiquiatria.com/articulos/urgencias-psiq/25667/

Breitbart, W. (1989). Suicide in cancer patients. En. Holland JC, Rowland JH, editors. Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancera New York: Oxford University Press.

Brent, D. A. (1997). The aftercare of adolescents with deliberate self-harm. J Child Psychol Psychiatry, 38:277-286.

Brent, D.A.; Moritz, G.; Bridge, J.; Perper, J. y Canobbio, R (1996). Long-term impact of exposure to suicide: a three-year controlled follow-up. JAm Acad ChildAdolesc Psychiatry, 35:646-653.

Brown, G. K. (2002). A review of suicide assessment measures for intervention research in adults and older adults. Technical report submitted to NIMH under Contract No. 263-MH914950. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.

Buglas, D. y Horton, J. (1974). A scale for predicting subsequent suicidal behavior. British Journal of Psychiatry, 124; 573-578.

Cain, A. C. (1972). Survivors of suicide. Springfield, I1.: Charles C.Thomas

Calvert, J.E; Goetz, R. R. y Glidewell, B. (2001). Monografía no 239: Problemas psiquiátrices frecuentes: el suicidio. American Academy of Family Phisicians. Barcelona: Medical Trends. (Original 1999).

Cassell, E. J. (2004). The Nature of Suffering and the Goals ofMedicine. Oxford University Press,

Centers for Desease Control and Prevention, USA (2001). Suicide facts and figures. Monitor of Psychology; 32 (10). Nov 2001.

Chiles, J. A. y Strosahl, K. (1995). The Suicidal Patient: Principles ofAssessment, Treatment, and Case Management.

Chochinov, H.M.; Tataryn, D.; Clinch, J. J. y Dudgeon, D. (1999). Will to live in the terminal ill. Lancet354(9181):816-9.

Chochinov, H.M.; Wilson, K.G.; Enns, M. y Lander, S. (1998). Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminal ill. Psychosomatics 39(4):366-70.

Clark, D. (1993). Suicidal behavior in childhood and adolescence: recent studies and clinical implications. Psychiatric Annals 23: 271-283

Clarke, D.E.; Brown, A. M. y Giles-Smith, L. (2008). Triaging suicidal patients: Sifting through the evidence. International Emergency Nursing

Comisión Europea. European Comission, (2000). Directorate General Health and Consumer Protection. Report en the state ofyoung people's health in the European Union (Luxemburgo, 2000)

Connery, K. R. (2004). A call for research on planned vs. unplanned suicidal behavior. Suicide Life ThreatBehav. 34:89-98

Corber, M. y Sarasa, M. D. (2003). Manejo del paciente suicida en urgencias. En: Civeira, J; Pérez, A; Corber, M; (Eds) Urgencias en Psiquiatría. Faes Farma. Madrid: Grafimac

Cull, J. G. y Gill, W. S. (1982). Suicide probability scale (S. P. S.) manual. Western Psychological Services [Los Angeles, Calif. (12031 Wilshire Blvd., Los Angeles 90025)].

Devries, A. G. (1966). A Potential Suicide Personality Inventory. Psychological Reports: Volume 18. pp. 731-738.

Die Trill, M. (2006). ¿Qué lleva a los pacientes con cáncer a suicidarse? elmundo. es Salud. http://www. elmundo. es/elmundosalud/2006/11/ 08/oncologia/1162999607. html

Diekstra, R. F. W. y Kerkhof, A. J. F. M. (1989). Attitudes toward suicide. In R. E

W.Diekstra, R.Maris, S.Platt, A.Schmidtke y G.Sonneck (Eds.) Suicide and its prevention. pp. 91-107. Leiden: E.J.Brill.

Dolan, M.; Anderson, 1. M. y Deakin, J. E (2001). Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. BrJ Psychiatry 178:352-359

Dominguez, M.E.; Sánchez Ugena, F. y Sánchez Botet, T. (2007). Suicidio disimulado como accidente de tráfico. A propósito de un caso. Cuadernos de Medicina Forense, 13 (50): 269-274.

Duberstein, P.R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L.; Lyness, J.M.; Cox, C. y Caine, E. D. (1999). Age and suicidal ideation in older depressed in-patients. American journal of Geriatric Psychiatry, 7(4). pp. 289-296.

Dunne, E.J.; McIntosh, J.L.yDunne-Maxim,K. (eds.) (1987). Suicide and its aftermath. Understanding and counselling the survivors. New York: Norton.

Elkind, D. (1998). Reinventing Childhood.: Raising and Educating Children in a Changing World. Modern Learning Press.

Ellis and Newman (1996). Choosing to live: How to defeat suicide through cognitive therapy

Engstr&m, G.; Alling, C.; Blennow, K.; Regnéll, G. y Tráskman-Bendz, L. (1999). Reduced cerebrospinal HVA concentrations and HVA/5-HIAA ratios in suicide attempters: Monoamine metabolites in 120 suicide attempters and 47 controls, European Neuropsychopharmacology, Volume 9, Issue 5, Pages 399-405,

Farber, M. L. (1965). Suicide and Welfare State. Mental Hygiene, 49. pp. 371-373

Farberow, N. L. (1980). The Many Faces of Suicide: Indirect Self-Destructive Behavior. New York: McGraw-Hill.

Farberow, N. L. (1985). Youth suicide: a summary. En M.L.Peck, N.L.Farberow y R Litman (Eds.), Youth suicide. New York: Springer.

FEAFES (2006). Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. Madrid. [En línea] 2006 [Acceso el 12 de Octubre de 2008]. Disponible en: http://www. feafes. com/ NR/rdonlyres/ AA102AF9-B5DA-4BEA-B2BD-03C0F935F02C/ 9910/Afrontandolareali- daddelsuicidio. pdf

Fernández, J.J.Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. Servicio UVI móvil Zaragoza. Saludalia. com URL disponible en: http://www.saludalia. com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio2.htm

Freeman, A y Reinecke, M. A. (1995). Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida. DDB, Bilbao.

Froján, M. X. (2006). Tratando depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico. Madrid: Pirámide.

Fu, Q.; Heath, A.C.; Bucholz, K.K.; Nelson, E.C.; Glowinski, A.L.; Goldberg, J.: Lyons, M.J.; Tsuang, M.T.; Jacob, T.; True, M. R. y Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences en suicidality in men. Psychological Medicine 32: pp 11-24

Gallar, M.Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Madrid: Paraninfo. 2001.

Gándara, J.J.; Alvarez, M. T. y García, V. (2004). Poesía y suicidio. Psiquiatria. com 8 (4). Documento en línea.

Garcia Campayo, J.; Rami, M.C.; Cerd, N. y Lanero, C. (2006). Valoración de un paciente con ideación suicida. Formación Médica Continuada FMC,• 13 (8): 453-458.

Garcia Campayo, J. y Montón, C. (2001). Entrevista al paciente suicida. En: Ciurana, R.; Buitrago, F.; Chocrón, L; Garcia Campayo, J.; Fernández, C.; Montón, C.; y cols. (Eds.) Guía para la salud mental en atención primaria. Barcelona: Semfyc: 77-80.

García Pérez, T.La autopsia psicológica en las muertes violentas. Rev Esp Med Leg 1999; XXIII (86-87): 75-82.

García Resa, E. y Braquehais, M.D.El paciente suicida. En: Chinchilla, A.; (Coord.). Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson. 2003.

Gil Muñoz, Y. (2005). Manual Básico de Psicología para bomberos. Escuela de Protección Civil y Bomberos. Madrid.

González Rodríguez, B y Rego Rodríguez, E. (2006). Problemas emergentes en la salud mental de la juventud. Injuve. Instituto de la Juventud. URL disponible en: http://www. injuve. mtin. es/injuve/contenidos. itero. action? id=924477484&menuld=2023268717

Gould, M.S.; Kalafat, J. et al. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. Suicidal and Life-Threatening Behavior, 37(3): 338-352

Grivois, H.Urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson. 1989.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011). 1. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 201 0/02. Instituto de Salud Carlos 111.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad. Forum de Salud Mental y AIAQS, Coordinadores (201 1). Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de Personalidad. Barcelona. Agéncia d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Serve¡ Catalá de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Adiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Hawton, K. (1986). Suicide and attempted suicide among children and adolescente. In: Developmental Clinical Psychology and Psychiatry. Londres: Sage.

Hazell, P. y Lewin, T. (1993). Friends of adolescent suicide attempters and completers. JAm Acad Child Adolesc Psychiatry 32:76-81.

Heilbron, N.; Compton, J.S.; Daniel, S. S. y Goldston, D. B. (2010). The Problematic Label of Suicide Gesture: Alternatives for Clinical Research and Practice. Prof Psychol Res Pr. 41(3): 221-227

Heisel, M.J.; Duberstein, P.R.; Lyness, J. M. y Feldman, M. D. (2019). Screening for suicide ideation among older primary care patients. JAm Board Fam Med 23: 260-9

Hernández, R.; Urretavizcaya, M.; Crespo, J.M.; Menchon, J. M. y Vallejo, J. (2004). Manejo de situaciones psicopatológicas en urgencias. Psiquiatría biológica; 11(Supl 1): 2-12.

Hill, K.; Hawton, K.; Malmberg, A. y Simkin, S. (1997). Duelo por el suicidio de un ser querido. En: Dossier informativo sobre el duelo por el suicidio de un ser querido. The Royal College of Psychiatrists.

Horowitz, L.M.; Wang, P.S.; Koocher, G.P.; Burr, B.H.; Smith, M.F.; Klavon, S. et al. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a

brief screening tool. Pediatrics. 107(5):1133-7-

Horowitz, L.; Wang, P.; Koocher, G. y Burr, B. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. Pediatrics; 107(5):1133-1137.

1. N.E.Instituto Nacional de Estadística (2011). www. ine. es

Ibañez Peinado, J. e Igual Garrido, C. (2004). La Autopsia Psicológica. 1 Congreso de Psicología Jurídica en Red. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Javaloy, E. (coord.) (2007). Bienestar y Felicidad de la Juventud Española. Un estudio monográfico centrado en el bienestar subjetivo de la juventud. INJUVE. URL disponible en: http://www. injuve. mtin. es/injuve/contenidos. item. action? id=410314949&menuld=242512523 http://www.injuve.mtin. es/injuve/contenidos. downloadatt.action?id=1867882814

Joiner T. (2006). Why People Die by Suicide. Harvard University Press

Joiner Jr., T.E.; Pettit, J.W.; Walker, R.L.; Voelz, Z.R.; Cruz, J.; Rudd, M. D. y Lester, D. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. Journal ofSocial and Clinical Psychology, 21, 531-545.

Joint Commission Resources (2005). Reducing the risk of suicide. Joint Comission on Acreditation of Healthcare Organizations.

Jones, J.S.; Stanley, B.; Mann, J.J.; Frances, A.J.; Guido, J.R.; Traskman-Bendz, L.; Winchel, R.; Brown, R. P. y Stanley, M. (1990). CSF 5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide. Am JPsychiatry; 147:1225-1227.

Junta de Castilla y León. Plan sectorial de Prevención y Atención a conductas suicidas de Castilla y León. 1993.

Kazdin, A.E.; Rodgers, A. y Golbus, D. (1986). The Hopelessness Scale for Children: psychometric characteristics and concurrent validity. J Consult Clin Psychol54:241-245.

Kendal, W. S. (2007). Ann Oncol. Feb;18(2):381-7.

King, C. A. (2004). Suicide prevention and Youth: Saving lives. Congressional Testimony.

Koslowsky, M.; Bleich, A.; Greenpoon, A.; Wagner, B.; Apter, A. y Solomon, Z. (1991). Assessing the validity of the Plutchik suicide scale. J Psychiatr Res 25(4):155-8.

León, M.; León, M. T., Mateos, R.; Mateos, G. y Castillo, M. D. (2003). Detección del intento suicida en urgencias. En: León, M. (Coord) Psicología y Hospitalización. Atención en Urgencias. Jaén: Formación Alcalá.

Linchan, M.; Goodstein, J.; Nielsen, S. y Chiles, J. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 276-286.

Linchan, M. M. (1993). Cognitive-behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.

Lorente, F. (2008). Asistencia psicológica a víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de emergencias. Madrid: Arán.

Mann J. J. et al. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review, Journal of the American Medical Association, vol. 294, no. 16, pp. 2064-2074.

Mardomingo, M. J. y Catalina M. L. (1992). Intentos de suicidio en la infancia y en la adolescencia: características epidemiológicas. Anales Españoles de Pediatría; 37 (1), 29-32.

Marschall, J. (2009). Suicidios hereditarios. Mente y cerebro. Investigación y Ciencia. (38): 68-73.

Mat, J.; Bayés, R.; González-Barboteo, J.; Muñoz, S.; Moreno, F. y Gómez-Batiste, X. (2008). ¿A qué se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de cuidados paliativos mueran en paz? Psicooncología, 5(2-3), 303-321.

Mat, J.; González-Barboteo, J.; Ibáñez-Solaz, M.; Martínez-Urionabarenetxea, K.; Limonero, J. T. y Tuca, A. (2008). Ideación autolítica al final de la vida en pacientes oncológicos paliativos: a propósito de un caso. Psicooncología; 5(2-3): 339-358.

Miguel Lillo, A. D. y Muñoz Prieto, E A. (1998). Aspectos conductuales de la intervención en crisis. En Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. 25 (6): 177-181.

Mingote Adán, J. C. y Mingote Bernad, B; (2007). Abandono del tratamiento inmunosupresor por persona transplantada, como forma de conducta suicida: caso clínico. APySAMAtención Primaria y Salud Mental. 10 (1):38-40.

Misono, S.; Weiss, N.S.; Fann, J.R.; Redman, M. y Yueh, B. (2008). Incidence of Suicide in Persons With Cancer. J Clin Oncol26:4731-473.

Mongomery, S. A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry; 134: 382-389.

Monk, L. y Satura, J. (2007). Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction.

Moreno Cantero, E; Galván Cantos, J. y Sánchez Sánchez, J. A. suicidio combinado: a propósito de un caso. Rev Esp Med Leg 1999; XXIII (86-87): 44-48. URL disponible en: www. arrakis. es/áanmf/remle8687. pdf

Moreno, R.; Peñacoba, C.; González-Gutiérrez, J. L. y Ardoy, J. (2003). Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias. Madrid: Dyckinson. Universidad Rey Juan Carlos.

Muñoz, E A. (1999). Intervención psicológica en el suicida extrahospitalario. Psiquis. 20 (5): 203- 206.

National Cancer Institute. Depresión. Riesgo de Suicidio en paciente con cáncer [En línea]. [Acceso el 12 de Octubre de 2008]. Disponible en: http://www.cancer.gov/ espanol/pdq/cuidados-medicosapoyo/ depresion/HealthProfessional/pag5e

National Center for Health Statistics, Center for Disease Control and Prevention (2000). Death rates for 72 selected causes, by five year age and groups, race and sex. United States, 1979- 1997. Worktable GMWK 291. Trend B; 2000: 485-490."

Navarro Marreno, M.A.; Gómez Sancho, M. y Ojeda Martín, M. (1997). Suicidio y enfermo Oncológico terminal. En Medicina Paliativa. 4 (4): 179-182.

Niméus, A.; Alsén, M. y Träskman-Bendz, L. (2001). La escala de Evaluación del Suicidio: un instrumento que evalúa el riesgo de suicidio en personas que han intentado quitarse la vida. European Psychiatry; 8: 54-62.

O'Connor, R. C. y Armitage, C. J. (2003). Theory of planned behaviour and parasuicide:

An exploratory study. Current Psychology: Developmental Learning, Personality, Social, 22, 196-205.

OMS (2002). Multisite intervention study on suicidal behaviours - Supre-Miss. World Health Organization. URL disponible en: http://www. who. int/mental_health/media/en/64. pdf

OMS (2004). For which strategies of suicide prevention is there evidence of efectiveness? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN); July, 2004, pg 6.

OMS Organización Mundial de la Salud (1969). Prevención del suicidio. 35. Ginebra: OMS.

OMS Organización Mundial de la Salud (1976). Elsuicidio y los intentos de suicidio. 58. Ginebra: OMS.

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud [citado 10 may 2010]. Disponible en: www. who. health/ media/primaryhealthcare-workers-spanish. pdf

OMS. Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología; 2000 [citado 10 may 2010]. Disponible en: http://www. who. ¡ni/publications/list/ prevention_sucide_medecins/es/index.html

Osgood, N. J. y Thielman, S. (1990). Geriatric suicidal behaviour: assessment and treatment. In: Blumenthal SJ, Kupter DJ, editor(s). Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. Washington (DC): American Psychiatric Press. pp. 341-79.

Osman, A.; Downs, W.; Kopper, B.; Barrios, F.; Baker, M.; Osman, J.; Besett, T. y Linchan, M. (1998). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): development and psychometric properties. Journal of Clinical Psychology. 1998; 54:1063-1078.

Osman, A.; Downs, W.; Kopper, B.; Barrios, E; Baker, M.; Osman, J.; Besett, T. y Linchan, M. (1998). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): Development and psychometric properties. Journal of Clinical Psychology, 54, 1063-

1078.

Osman, A.; Kopper, B.; Barrios, F.; Osman, J.; Besett, T. y Linchan, M. (1996). The Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents (BRFL-A). Journal ofAbnormal Child Psychology, 24, 433-443.

Pallis, D.J.; Barracough, B.M.; Levey, A.B.; Jenkins, J. S. y Sainsbury, P. (1982). Estimating suicide risk among attempted suicides 1: the development of new clinical scales. BritishJournal of Psychiatry, 141, 37-44.

Pangrazzi, A. (1990). Creativitá al servizio del malato. Torino: Ed Camilliale

Pangrazzi, A. (Ed) (2005). El suicidio: de la rendición a la lucha por la vida. Madrid: San Pablo.

Pascual, P.; Villena, A.; Morena, S.; Tellez, J. M. y Lopez, C. (2005). El paciente suicida. Guías clínicas. Fisterra. (5), 39. URL disponible en http://www. fisterra. com/guias2/PDF/Suicida. pdf,,

Patterson, W.M.; Dohn, H.H.; Bird, J. y Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. Psychosomaticr 24 (4): 343-9.

Pérez Barrero, S. y Mesa del Castillo, R. (1994). Conducta suicida por fuego. Psiquiatría Pública. 6 (4): 199-202

Pérez Barrero, S. A. (2007). ¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes? E-Book. Psicologia on line. URL disponible en http://www. psicologia-online. com/ebooks/suicidio/index. shtml

Pfeffer, C. R. (1997). Childhood suicidal behavior: a developmental perspective. Psychiatr Clin North Am 20:551-562.

Pfeffer, C.R.; Conte, H.R.; Plutchik, R. y Jerret, 1. (1979). Suicidal behavior in latency-age children: an empirical study. JAm Acad Child Psychiatry 18:679-692.

Pfeffer, C.R.; Jiang, H.Kakuma, T. (2000). Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): a screen for risk for early onset suicidal behavior. Psychol Assess 12:304-318.

Pfeffer, C. R. (1986). The Suicidal Child. New York, USA: The Guilford Press. URL disponible en www. psicorip. org/Resumos/PerP/RIP/RIPO36aO/RIP03831. pdf

Pfeffer, C.; Conte, H.; Plutchik, R.Jerrett, 1. (1979). Suicidal behavior in latency age children: An empirical study. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 18, 679-692.

Plutchik, R.Van Praag, H. M. (1990). A self report measure of violence risk, II, Compr Psychiatry; 31: 450-456.

Plutchik, R.; Van Praag, H.M.; Conte, H. R. y Picard, S. (1989). Correlates of Suicide and Violence Riskl:The Suicide Risk Measure. Comprehensive Psychiatry; 30(4): 296-302.

Plutchik, R. y Van Praag, H. M. (1989). The Measurement of suicidality, agressivity and impulsivity. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiat,• 13: S23 - S24.

Póldinguer, W. (1969). La tendencia al suicidio. Ed. Morata. Madrid.

Posner, K.; Brown, G.K.; Stanley, B.; Brent, D.A.; Yershova, K.V.; Oquendo, M.A.; Currie, G. W.; Melvin, G.A.; Greenhill, L.; Shen, S. y Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. Am J Psychiatry; 168:1266-1277.

Posner, K.; Oquendo, M.A.; Gould, M.; Stanley, B. y Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDAs pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry 164:1035-1043.

Preti, A. (1998).The influence of climate on suicidal behaviour in Italy. Psychiatry Res. 1998 Mar 20; 78 (1. 2): 9-19.

Quill, T. E. (2008). Suicidal thoughts and actions in cancer patients: The time for Exploration is now. Journal of Clinical Oncology. 26 (29) October 10: 4705-4707.

Ramos, J.A.; Rodríguez, R.; Cordero, A. y Del Rio, J. (1989). Desarrollo de un índice de probabilidad de riesgo suicida en las depresiones. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr;• 15(5): 333- 352.

Reynolds, W. M. (1987). Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, PO Box 998, Odessa, FL 33556.

Reynolds, W. M. (1991). A school-based procedure for the identification of adolescents

at risk for suicidal behaviors. Fam Community Health 14:64-75.

Rico-Villademoros, F.; Hernando, T.; Saiz, J.; Giner, J. y Bobes, J. (2011). Patrón de actuación de los psiquiatras en España ante la presencia de pacientes con riesgo de conducta suicida. En Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Bobes, Giner y Saiz (eds). Ed. Triacastela.

Robles, R.; Páez, F.; Ascensio, M.; Mercado, E. y Hernández, L. (2005). Evaluación del riesgo suicida en niños: propiedades psicométricas de la versión en castellano del Cuestionario de Riesgo Suicida (RSQ). Actas Españolas de Psiquiatría; 33 (5):292-297.

Rodes Lloret, F.; Monera Olmos, C.E.; Giner Alberola, S. y Martí Lloret, J. B. (1999). Notas suicidas. Rev. Esp Med LegXXIII (86-87): 66-74.

Rodríguez Pulido, F.; Domínguez González, M.M.; Felipe Díaz, F. y Sierra López, A. (1999). La autopsia psicológica: utilidad y consideraciones metodológicas sobre su aplicación. Anales de Psiquiatría. 15 (4): 163-172.

Rojas, E. (1984). Estudios sobre el suicidio (2a Ed. Rev.) Barcelona: Salvat.

Ron, P. (2002). Suicidal Ideation and Depression among Institutionalized Elderly: The Influence of Residency Duration. Illness, Crisis, & Loss. Vol. 10, Num. 4, pp 334-343.

Ros Montalbán, S. (coord) (1998). La conducta suicida. Madrid: Arán.

Rotheram-Borus, M.J.; Piacentini, J.; Cantwell, C.; Belin, T. R. y Song, J. (2000). The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. J Consult Clin Psychol; 68(6):1081-93.

Rudd, M.D.; Joiner, T. y Rajad, M. H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. Journal ofAbnormal Psycholog, 105(4), 541-550.

Rudd, M. D. (1998). An integrative conceptual and organizational framework for treating suicidal behavior. Psychotherapy, 35, 346-360.

Salem, O.R.Hepful hints en preventing inpatients suicide. Oregon Association of Hospitals and Health Systems. URL disponible en: [fecha de acceso 13/05/2005] www.oahhs.org/issues/safety/suicidehintshtm.

Samaritans, (1996). Suicide in the UK and lreland. Amazon. com.

Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca.

Sarró, B.; Surribas, C. y De la Cruz, C. (1988). Suicidio, imitación e información. fano. 2 (9), 61-64.

Savitz J.B.; Cupido, C.-L. y Ramesar, R. S. (2006). Trends in Suicidology: Personality as an Endophenotype for Molecular Genetic Investigations. PLoS Med. 3(5): e107.

Schmidtke, A. y Hofner, H. (1989). Public attitudes towards an effect and mass media en suicide and deliberate selfharm. I RFW Diekstra. Suicide and its Prevention. The Role ofAttitude and lmitation. Leiden: Brill, pp. 311 - 330.

Schneidman, E. (1995). Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-destructive Behavior. Jason Aronson Inc.

Schulsinger, E (1980). Biological Psychopathology. Annual Review ofPsychology. Vol. 31: 583-606

Shaffer, D.; Gould, M.S.; Fisher, P. et al. (1996a), Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 53:339-348.

Shaffer, D.; Wilcox, H.; Lucas, C.; Hicks, R.; Busner, C. y Parides, M. (1996b). The development of a screening instrument for teens at risk for suicide. Poster presented at the 1996 meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York.

Shaffer, D. y Pfeffer, C.R.; (2001). Parámetros prácticos para la evaluación de niños y adolescentes con comportamiento suicida. Revista de psiquiatría de Uruguay. 65 (2): 146-188. URL disponible en (fecha de consulta 01. 05. 09) http://www. mednet. org. uy/-spu/revista/oct2001/ 03_parametros.pdf

Siverio Eusebio, M. A. y García Hernández, M. D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. Anales de Psicología. Universidad de Murcia. Vol 23, no 1; 41-48. URL disponible en: http://www. um. eslanalesps/v23lv23_1/06-23_1. pdf

Skoog, L; Aevarsson, O.; Beskow, J.; Larsson, L.; Palsson, S.; Waern, M.; Landahi, S. y Osthnu, S. (1996). Suicidal feelings in a population sample of non-documented 85-years olds. American journal of Psychiatry. 153. pp. 1015-1020.

Speece M. W. y Brent, S. B. (1984). Children's understanding of death: a review of three componente of a death concept. Child Development. 55, 1671-1686.

Stanley, B.; Tr skman-Bendz, L. y Stanley, M.-(1986). The Suicide Assessment Scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. Psychopharm Bull 1: 200-5.

Tatman, S.M.; Greene, A. L. y Karr, L. C. (1993). Use of the Suicide Probability Scale (SPS) with adolescents. Suicide Life Threat Behav 23:188-203.

Trout, D. L. (1980). The Role of Social Isolation in Suicide. Suicide Life Threat Behav. 10(1): 10- 23.

Turecki, G.; Ernst, C.; Jollant, E; Labontei, B. y Mechawar, N. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. Trends in Neurosciences, Volume 35, Issue 1, Pages 14-23.

Weisman, A. D. y Worden, J. W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. Arch Gen Psychiatry; 26(6):553-560.

Worden, J. W. (2002). El tratamiento del duelo: asesoramiento y terapia. Barcelona: Paidós.

Ystgaard, M. (1997). Suicide among young people-is it contagious? Norwegian journal Suidology Num. 3.

Zubin J. (1974). En A.T.Beck, H.Resnick, y D.J.Lettieri (Eds.) The Prediction of Suicide.

Zung, W. (1974). Index of Potential Suicide (IPS): a rating scale for suicide prevention. In: Beck A, Resnik H, Lettieri D.Eds. The Prediction of Suicide. Bowie, Md: Charles Press Publishers, Inc; 1974:221-249.

Índice

Presentación	15
1. Aspectos generales del suicidio	18
1.2. Mitos, tópicos y realidades del suicidio	20
1.3. Epidemiología del suicidio en España y en el mundo	22
1.4. Suicidio y enfermedad mental	25
1.5. Perfil de las conductas suicidas	26
1.6. Génesis y progresión de la conducta suicida	29
1.7. Factores que pueden facilitar la consumación del suicidio	31
1.8. Legislación existente sobre el suicidio	35
1.8.1. Legislaciones españolas	36
1.8.2. Internamiento involuntario en caso de riesgo suicida	37
1.8.3. Demandas de familiares o usuarios a los profesionales con relación a conductas suicidas	38
Resumen e ideas claves	39
2. Etiología de la conducta suicida	41
2.1. La teoría de la conducta planificada aplicada a la conducta suicida	44
2.2. Factores psicobiológicos relacionados con la conducta suicida	44
2.2.2. Conducta suicida y enfermedad médica	47
2.3. Suicidio como crisis en la persona	49
2.3.1. Desencadenantes de la crisis suicida	50
2.3.2. Funcionamiento cognitivo y afectivo del suicida	53
2.3.3. Fases evolutivas de la conducta suicida	54
2.3.4. Factores psicosociales y culturales	55
2.4. Factores de riesgo	56
2.4.1. Factores de alarma, de riesgo y de protección para la conducta suicida	58
2.4.2. Factores de riesgo del suicidio en España	62

3. Evaluación de la ideación y de la conducta suicida 64
3.2. Dificultades inherentes de la evaluación de conducta suicida 68
3.2.1. Valoración del riesgo suicida inmediato y remoto 70
3.3. Métodos principales de evaluación de conducta suicida 71
3.3.2. Pruebas psicométricas para evaluar la conducta suicida 78
3.4. Errores en la valoración de suicidio 94
Preguntas de autoevaluación 96
4. Intervención psicológica con el suicida 97
4.1.1. Papel crítico de las intervenciones inmediatas 99
4.1.2. Factores que influyen en el manejo de la conducta suicida 101
4.1.3. Reconocimiento de signos de suicidio inminente 102
4.1.4. Acercamiento al suicida 104
4.1.5. Cuando el paciente es inabordable. Ingreso hospitalario involuntario 107
4.2. Ingreso hospitalario 109
4.2.1. ¿Cuándo procede el ingreso hospitalario? 113
4.2.2. Suicidas recurrentes 114
4.3. Terapia cognitivo-conductual en suicidio 115
4.3.1. Etapas en la terapia cognitiva con pacientes suicidas 116
4.4. Derivación a unidades específicas de tratamiento 125
4.5.1. Estrategias de asistencia psicológica telefónica 127
4.6. Tratamiento farmacológico y psiquiátrico 130
4.6.2. Precauciones en el uso de fármacos con suicidas 131
5. Intervención psicológica con familiares y allegados del suicida 134
5.1.1. Relación del suicida con familiares y allegados 136
5.1.3. Coordinación con otros profesionales 138